CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APHASIE HYSTÉRIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APHASIE HYSTÉRIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

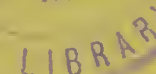
Le 18 décembre 1907

PAR

Gabriel DODINET

Né à Massiac (Cantal), le 18 juin 1882

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine





MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET ✻ .... DOYEN.
SARDA .... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale................................	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale................................	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN ✻.
Clinique médicale................................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET ✻.
Physique médicale................................	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales........	GRANEL.
Clinique chirurgicale................................	FORGUE ✻.
Clinique ophtalmologique................................	TRUC ✻.
Chimie médicale................................	VILLE.
Physiologie................................	HEDON.
Histologie................................	VIALLETON.
Pathologie interne................................	DUCAMP.
Anatomie................................	GILIS.
Opérations et appareils................................	ESTOR.
Microbiologie................................	RODET.
Médecine légale et toxicologique................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants................	BAUMEL.
Anatomie pathologique................................	BOSC.
Hygiène................................	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales...........	RAUZIER.
Clinique obstétricale................................	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. DE ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS ✻, GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique......................	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements......................	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEIRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIÈRE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT Ed.	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la thèse :

MM. CARRIEU, *président.*	MM. VIRES, *agrégé.*
MAIRET, *professeur.*	GAUSSEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE, A MA GRAND'MÈRE

Hommage de profonde reconnaissance
et d'affection inaltérable.

A MON ONCLE JOSEPH MOULIN

A TOUS LES MIENS, A MES AMIS

G. DODINET.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter
la présidence de notre thèse.

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUSQUET

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE

A TOUS MES MAITRES

G. DODINET.

Sur le point d'entrer dans la carrière médicale et d'y appliquer les principes que nos Maîtres nous ont enseignés, nous adressons nos remerciements à tous ceux qui ont droit à notre reconnaissance.

A notre mère dont la sollicitude constante sut diriger nos pas au milieu des écueils parfois rudes de la vie, à celle dont la tendresse sans bornes ne recula jamais devant le sacrifice, à notre grand'mère bien-aimée, à notre cher oncle Joseph, un pieux souvenir.

M. le professeur Carrieu nous prodigua un précieux enseignement et sut aux heures difficiles nous donner les meilleurs conseils ; nous sommes heureux de lui offrir un témoignage de gratitude profonde.

Nous remercions M. Gaussel, professeur agrégé, qui nous a fourni l'idée de ce travail et de précieuses indications ; M. le professeur Mairet, doyen de la Faculté de médecine ; MM. les professeurs Gilis, Hédon ; M. le professeur agrégé Vires, dont nous avons apprécié la bienveillance et la bonté en maintes occasions.

M. le docteur Bousquet, chef de clinique médicale, a bien voulu nous remettre une belle observation de mutisme hystérique qu'il avait lui-même recueillie avec soin dans

sa clientèle privée ; nous garderons de son amabilité le meilleur des souvenirs et une reconnaissance émue pour les conseils excellents qu'il nous a si souvent donnés pendant toute notre scolarité.

A tous nos Maîtres, à tous nos amis et camarades que nous quittons avec regret, l'hommage de notre profonde sympathie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APHASIE HYSTÉRIQUE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La réaction modérée que toute émotion produit chez un sujet normal dégénère chez l'hystérique en « appareil intense », en crises plus ou moins prolongées.

Parmi les manifestations de la grande névrose, l'aphasie peut être considérée comme une des plus rares : et si nous ajoutons qu'elle est fugitive, transitoire, qu'elle ne peut durer que quelques heures, nous comprendrons la raison pour laquelle son étude clinique est de date plutôt récente.

Cependant, même dans l'antiquité, l'aphasie n'était pas inconnue ; nous lisons dans Hippocrate (1) :

« La femme de Polémarque ayant une affection arthritique éprouva une douleur subite de la hanche, les

---

(1) Livre V des Epidémies, 91.

règles n'étant pas venues. Ayant bu de l'eau de bettes elle fut sans voix toute la nuit jusqu'au milieu du jour : elle entendait, comprènait, indiquait avec la main que la douleur était à la hanche. » Hippocrate dit encore (1) : « Dans les spasmes, la perte de la parole durant longtemps est fâcheuse, elle annonce une paralysie de la langue, du bras, aux parties situées à droite, elle se résout par des urines abondantes et tout à la fois. » Ne serait-ce pas une indication de l'aphasie hystérique ?

Hérodote cite dans son Histoire le cas du fils du roi Crésus qui, tout en étant d'un naturel très vif et doué d'une bonne intelligence, était atteint d'aphasie. Il vit un ennemi se jeter sur son père pour le tuer, et aussitôt : « ne tue pas mon père » : l'enfant avait subitement recouvré la parole. Cartaz, élève de Charcot, dit que le fils du roi, d'après Hérodote, paraissait atteint d'aphasie hystérique.

Primerose, médecin qui vivait en 1630, dit en parlant des hystériques : « Quædam non vident, etiam apertis oculis, aliæ non audient, aliæ loqui non possunt : sic varia sunt accidentia, quibusdam plura, quibusdam pauciora. »

En 1771, Telinge D. M., médecin stipendié de la ville et de l'Hôtel-Dieu de Rethel-Mazarin, rapporte une observation d'aphasie très convaincante, dans le Journal de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie de Vandermunde, tome XXXVI, page 131.

En 1846, Landouzy, dans son traité classique de l'hystérie, cite une observation rapportée par le Dr Watson dans: *Philosoph. Transact.*, volume XIV. *Transact. méd.*, tome VIII, page 31.

La question de l'aphasie est seulement effleurée dans les livres de Brachet, de Briquet.

---

(1) Prénotions coaques, 2e section, § 18.

En 1871, dans la *Gazette des hôpitaux*, Bazin rapporte une observation concluante d'aphasie.

Trousseau, dans le cours de la discussion à l'Académie et dans ses cliniques, mentionne bien parmi les causes de l'aphasie, l'épilepsie, l'hystérie, certaines affections nerveuses et cite à ce propos le cas de la religieuse de Frank, mais ne dit rien de plus. M. Gallard affirme qu'on peut voir la perte de la parole survenir accidentellement sous l'influence d'un trouble nerveux... sans parler de ces aphasies tout à fait passagères dues à de simples conditions morales. On en a observé de plus persistantes dont la nature hystérique ne saurait être mise en doute.

Jaccoud en 1877, dans ses consultations cliniques de Lariboisière, rappelle le fait suivant relaté par Panthel : « A la suite d'une impression morale vive, un garçon de 12 ans perd subitement la parole. Cependant les mouvements de la langue et des lèvres étaient réguliers, la déglutition et la respiration étaient normales ; mais, chaque fois que ce garçon s'apprêtait à parler, tous les muscles innervés par l'hypoglosse étaient pris de contracture et le mutisme était absolu : d'un autre côté, lorsqu'on exerçait une pression un peu forte sur la région sus-laryngienne, c'est-à-dire sur les muscles contracturés, la crampe cessait et le malade pouvait parler. Jaccoud ajoute que Vallin observa chez un enfant un désordre semblable de la parole. « Il y a lieu, ajoute le savant professeur de Lariboisière, d'opposer à l'aphasie de cause naturelle ou organique, l'aphasie par trouble fonctionnel... Cette forme a été vue jusqu'ici à la suite d'émotions morales vives, notamment de la frayeur, dans l'hystérie et les névroses convulsives. »

En 1875, Legroux l'admet aussi dans sa thèse d'agrégation ; il signale au chapitre III des aphasies transitoires

qui peuvent ne durer que quelques heures ou quelques jours et ne laisser aucune trace : « les malades recouvrent alors la faculté du langage aussi soudainement qu'ils l'avaient perdue » ; Legroux complète et précise sa pensée au chapitre IV (Névroses et troubles fonctionnels) (1) : « une émotion vive, une frayeur, l'hystérie peuvent engendrer l'aphasie à des degrés divers »; et il ajoute : « il ne faudrait pas confondre cependant l'aphasie avec le mutisme plus ou moins obstiné de certains hystériques ou avec ces désordres de la pensée et de la parole qui révèlent bien plus un trouble intellectuel qu'une perversion de l'adaptation des signes aux idées. »

Falret, dans le Dictionnaire encyclopédique de décembre 1876, à l'article aphasie, parle de l'aphasie temporaire et rappelle de nombreux cas déjà cités.

C'est à St.-H. Serre, professeur agrégé de Montpellier, qu'est dû le premier travail d'ensemble sur l'aphasie hystérique ; il parut dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, en 1880 ; plusieurs observations très concluantes sont rapportées, l'historique de la question est fait avec soin.

La même année, Heidenheim et Grützner publiaient en Allemagne un mémoire sur la question ; en 1883, parut celui de Löwenfeld. En 1882, David dans sa thèse inaugurale réunit tous les cas d'observations connus, au nombre de onze, et fait une étude clinique de l'aphasie avec diagnostic différentiel.

En 1885 et 1886, Charcot dans ses leçons sur les maladies du système nerveux, et ses élèves, Cartaz en particulier, relèvent toute une série d'observations et admettent seule l'existence du mutisme hystérique.

---

(1) Legroux. — Thèse d'agrégation. 1875.

En 1898, Raymond et Janet, dans leur traité « Névroses et idées fixes », décrivent à côté du mutisme l'aphasie hystérique et donnent même les caractères distinctifs des deux affections. L'année suivante, M. le professeur Raymond présente à la Société de neurologie une seconde malade atteinte de surdité verbale hystérique.

Dans sa thèse présentée et soutenue à Paris en 1900, Mlle Gita Aron, à quelques observations déjà connues, ajoute quelques cas inédits.

Enfin, en 1901, M. Saupiquet, dans un travail fort bien documenté, rappelle le tableau clinique de l'aphasie en l'appuyant sur de typiques observations; il étudie ensuite le mutisme hystérique de Charcot et conclut : « Les cas décrits jusqu'ici sous le nom de mutisme hystérique ne nous paraissent différer par aucune raison clinique ni pathogénique des cas d'aphasie hystérique et nous semblent au contraire devoir être réunis à ceux-ci dans la même description et sous la même dénomination. »

Depuis, de nombreux cas d'aphasie ont été observés et publiés en France et à l'étranger : en France par Courmont, Raviart et Dubar ; à l'étranger par Olkuszerwski, Sturtzing, Braumwel, Kerr, Witchell, Makuen, Glorieux, Moscato, Biswanger, etc.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE DE L'APHASIE HYSTÉRIQUE

L'aphasie hystérique, telle qu'elle a été comprise par tous les auteurs qui l'ont décrite, est la copie plus ou moins exacte, plus ou moins complète de l'aphasie organique.

Il suffit donc de rappeler les traits principaux de l'aphasie organique pour posséder aussitôt une conception clinique générale de cette manifestation de la « grande simulatrice ».

M. Déjerine pensait que, non seulement l'aphasique ne peut plus s'exprimer au moyen de signes, mais encore qu'il ne peut plus comprendre la valeur de ces signes.

Charcot a divisé l'aphasie en deux grandes classes : il donne à la première le nom d'aphasie par lésion de l'appareil de transmission et à la deuxième le nom d'aphasie par lésion de l'appareil de réception.

I. — Le premier cas de ces deux groupes constitue *l'aphasie motrice.*

La faculté motrice est intacte, la langue et les lèvres se meuvent facilement, elles exécutent toutes sortes de mou-

vements ; mais, dès que les mouvements doivent se combiner pour produire un mot, il y a impossibilité.

a) Tantôt, la notion du mot existe complète dans le cerveau, mais ne peut être transmise jusqu'aux voies motrices chargées de la réaliser phonétiquement : c'est *l'aphasie motrice pure de Déjerine.*

b) Tantôt la notion du mot est elle-même altérée, la zone du langage est intéressée : il s'agit d'une *aphasie corticale* ou *aphasie motrice avec altération du langage intérieur.*

c) Il existe une autre variété d'aphasie motrice. Le malade qui auparavant savait écrire se trouve dans l'impossibilité de tracer un seul mot, non pas seulement à cause des troubles survenus dans les organes des mouvements, car ses mains sont aussi habiles qu'auparavant (il remue bien ses doigts) ; mais, dès qu'il prend la plume pour écrire, il ne le peut plus. Il trace des lettres qui ne rappellent en rien le mot ou la lettre qu'il veut tracer, il a perdu la mémoire des mouvements coordonnés de la main qui préside à l'acte de l'écriture : c'est *l'agraphie.*

II. — L'ouïe et la vue sont les deux sens qui servent de porte d'entrée aux signes phonétiques et aux signes graphiques : la perte de ces deux mémoires phonétique et graphique constitue *l'aphasie sensorielle.*

a) Ou bien le malade est incapable de comprendre le langage parlé sans lésion de l'organe auditif, sans altération de l'état intellectuel du sujet ; le malade n'est pas sourd, il entend les moindres bruits, et les paroles prononcées autour de lui attirent son attention, mais il a perdu le souvenir des images verbales. Les signes vocaux conventionnels agissent sur son centre auditif comme des bruits quelconques, il se trouve dans la condition d'un

homme sain qui entend une langue étrangère qu'il ignore complètement ; les mots ne reflètent dans sa pensée aucune idée, aucune représentation : c'est *la surdité verbale*.

b) Ou bien le malade ne comprend plus le sens des mots écrits qu'il connaissait autrefois fort bien, il voit les lettres, les mots, sa vue est intacte, il distingue ce qui l'entoure, les objets, les hommes, il écrit même, mais ne saurait attacher un sens aux mots qu'il écrit et qu'il voit ; ceux-ci n'éveillent aucune idée, et cependant l'intelligence du sujet est entière ; mais il a perdu la mémoire visuelle de l'écriture comme celui qui est atteint de surdité verbale a perdu la mémoire auditive des mots parlés ; c'est *la cécité verbale*.

Ce tableau de l'aphasie n'est pas complet ; il existe des aphasiques qui ne peuvent exprimer leurs sensations par la mimique ; d'autres,tout en ayant perdu la mémoire des mots usuels, peuvent calculer, chanter, etc.

Quelques observations probantes, propres à chacune de ces modalités de l'aphasie, nous permettront d'exposer des faits et de montrer le degré de perfection atteint par l'hystérie dans la simulation de l'aphasie organique.

Observation I

Inédite[1]

(Rédigée d'après les notes de M. Vennes, interne des hôpitaux dans le service de M. le professeur Grasset, et recueillie sur les conseils de M. le professeur agrégé Gaussel, chargé du service à cette époque.)

Aphasie motrice pure

R. V..., 27 ans, matelassier, entré le 4 octobre 1907, dans la salle Fouquet, au n° 30.

On questionne le malade :

Comment vous appelez-vous? Le malade essaie de répondre, il fait des efforts, mais il ne peut prononcer que quelques syllabes ou quelques mots sans grande signification.

Par contre, son intelligence est intacte, il entend tout, comprend tout, toutes les questions posées, et il se saisit avec empressement de la plume et du papier qui lui sont offerts pour répondre ; voici d'ailleurs exactement ce qu'il écrit :

« Je suis étais faire les vendanges à un kilomètre de Champagnac et j'ai fais au moins une huitaine de jours avant les inondations soyez venue et de la je suis étais a Bézier et c'est la qui m'est arriver une grande frayeur causser par la foudre. Je n'ai pas put parler depuis le 30 le 29 Septembre je dis bien quelque mots mais avec beaucoup de peine et Il y a au moin 2 jour que je marche pour venir à Monpelier et 2 nuits Je souffre de la fatigue, de la soif et de la faim J'avais des effets les eaux me les ont emporter et Il la fallut que la caserne de Bezier m'enfournisse Je serais heureux de retourner dans mon pays car je suis enffant de l'hospice de Marseille et J'aie mes parents nourricier qui sont a S-Etienne-Loire

» St-Genest-Lerph.

R. V..., 27 ans. »

Nous continuons à l'interroger et il écrit encore :

« Je suis épileptique, j'ai passé à l'hopital de Lyon pour me faire guérir ils n'ont pas pu. »

Il a eu des crises fréquentes ; quelques questions nous permettent de savoir que ces crises ont une durée variable, entre 1 heure et 15 minutes. Pas d'écume aux lèvres, le malade n'urine pas dans ses pantalons, il sent venir la crise. Il sent une boule qui monte, qui s'arrête à la gorge immédiatement avant la crise. Après les crises, il pleure ; pas de petites crises.

A l'examen : pas de troubles moteurs dans les membres inférieurs et supérieurs. Les réflexes sont normaux. Babinski en flexion des deux côtés, pas de trépidation épileptoïde, pas de danse de la rotule. Notion de la position normale. Réflexe pharyngien aboli.

La sensibilité est un peu faible à gauche dans le membre inférieur; sur la moitié droite du corps elle paraît, au contraire, normale. Une zone hystérogène très nette au niveau de la fosse iliaque gauche.

Du côté de l'œil, champ visuel légèrement rétréci, rien d'anormal du côté des pupilles; notons du strabisme du côté des muscles externes de l'œil.

L'ouïe, le goût, l'odorat sont normaux ; le larynx est normal, les cordes vocales réagissent bien, tous les mouvements de la langue et des lèvres sont conservés.

Pas de syphilis, rien à l'examen des organes splanchniques (cœur poumons, rein, foie, etc.).

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade a présenté plusieurs crises nettement hystériques ; le 5 octobre nous fûmes témoins, à la visite du matin, d'une de ces crises, déclanchée par la pression ovarienne; le malade au sortir de sa crise, vivement sollicité, réussit à prononcer quelques mots. Dès le 6 octobre, l'amélioration était très sensible et le malade, le 11 octobre, quittait l'hôpital Suburbain, complètement guéri.

Cette observation représente ce type très rare dans la science d'aphasie motrice pure hystérique ; le malade eut une grosse émotion, une frayeur occasionnée par la foudre qui lui fit perdre subitement la parole, et malgré tous ses efforts, toute sa bonne volonté, il ne put émettre que

quelques sons, quelques monosyllabes difficilement compréhensibles. En revanche son intelligence, toutes ses facultés étaient restées intactes ; c'est ainsi qu'il a pu regagner Montpellier à pied, et demander par gestes ou par écrit toutes les choses nécessaires à la vie.

Notons, dans les antécédents personnels de ce malade, la présence de crises prises pour de l'épilepsie, mais analogues, de l'aveu de R. V..., lui-même, à celles qu'il vient d'avoir à l'hôpital ; évidemment c'est de l'hystérie, et les stigmates de la névrose que nous avons découverts chez le malade, l'histoire de l'aphasie, son évolution, sa guérison, ne permettent aucun doute sur sa nature.

Observation II

(Relatée dans la thèse de M. Saupiquet, 1904, Observat. IX)

Aphasie motrice pure

M. B..., couturière, dix-neuf ans, célibataire, entre le 12 janvier 1900.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quarante-deux ans, de bacillose probablement, sans éthylisme ni accidents nerveux. Mère morte à vingt-neuf ans de la grippe. Pas de consanguinité. Personne dans la famille n'a eu de crises nerveuses ni d'accidents mentaux. Deux sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — Rougeole et scrofule dans l'enfance (adénite, otite, conjonctivite). Réglée à treize ans, régulièrement. Phénomènes anémiques depuis trois ans. Pas de spécificité. Pas d'éthylisme.

Affection actuelle. — Depuis deux ans, la malade prend des *crises*

nerveuses. Elles ont débuté à un moment où la malade venait d'avoir de sérieux ennuis et elles ont réapparu à de courts intervalles. Elles se passent de la façon suivante : Deux jours avant la crise, la malade éprouve des maux de cœur et sensation vertigineuse. Elle sent venir sa crise et il lui semble que des courants électriques lui traversent le corps. Pas de cri initial, pas de chute, aucun mouvement, mais raideur généralisée. La malade sent quelque chose qui l'étouffe à la gorge ; elle perd connaissance peu après le début de la crise. Pas de morsure de la langue, pas de miction involontaire. Durée de vingt à vingt-cinq minutes. Après la crise, la malade est abattue, elle rit et pleure sans raison.

Elle se rappelle sa crise, mais non ce qu'elle a fait durant sa crise. Avant chaque crise, la malade avait de la *peine à articuler les mots*, mais elle les trouvait ; elle bredouillait et on ne pouvait parvenir à comprendre les mots qu'elle articulait ; ces troubles de la parole persistaient après la crise, environ une quinzaine de jours.

En même temps, persistait après les crises un certain degré de paralysie et d'anesthésie du bras droit.

Vie végétative. — Perte de l'appétit. Digestions capricieuses, palpitations cardiaques. Dyspnée d'efforts. Toux (jamais d'hémoptysie). Examen somatique : Troubles moteurs. Mouvements et force musculaire intacts. Aux membres supérieurs, dynamomètre : 0.25 à D ; 0.29 à G.

Troubles sensoriels. — Œil : Diplopie monoculaire à droite et à gauche ; la malade voit double et quelquefois triple ; lorsqu'on lui présente un objet, elle saisit l'image fausse pour la vraie. Pas de dyschromatopsie. Odorat, goût et ouïe intacts.

Troubles sensitifs. — Diminution de la sensibilité cutanée et musculaire et de celles des muqueuses conjonctivale, nasale, labiale. Zones d'hyperesthésie sus et sous-mammaires, épigastrique, ovariennes. Pas de zone hystérogène.

Troubles réflexes. — Cornéen très atténué. Pharyngien abdominal et plantaire conservés. Rotulien très exagéré des deux côtés.

Troubles psychiques. — Hallucinations nocturnes visuelles (hommes qui voulaient l'assassiner). Un peu d'amnésie antérograde.

24 janvier. — Crise observée à 8 heures du soir. Comme les précédentes, elle a été précédée de troubles de la parole ayant débuté à midi ; la malade pouvait parler, mais il était impossible de compren-

dre les quelques mots qu'elle parvenait à articuler. Lorsqu'elle fut revenue à elle, après la crise, elle présentait les mêmes troubles d'articulation des mots, qui ont duré quinze jours. Durant le même temps et toujours comme dans les précédentes crises, il y avait paralysie du membre supérieur droit, paralysie flasque et complète ; la malade avait perdu le sens musculaire.

Observation III

Observation de Legrand du Saulle. *in* thèse David. Obs. IX

Aphasie motrice pure

L. M... entre dans le service de M. Legrand du Saulle comme hystérique.

Le 30 novembre 1880, à la suite d'une attaque d'hystérie très violente elle est atteinte d'aphasie hystérique. Elle présente de l'excitation intellectuelle. Anesthésie cutanée, contractures par intervalles.

Le 29 décembre, attaque d'aphasie : contractures ; anesthésie cutanée.

Pendant l'intervalle de ces deux crises, la malade qui présente au plus haut point l'état mental des hystériques (excitation intellectuelle, supercheries, simulation, délire passager) a plusieurs fois simulé le mutisme.

Elle restait deux ou trois jours *sans proférer aucun son*, refusant de faire aucun effort pour parler, fermant hermétiquement la bouche.

Toutes les tentatives pour la faire parler restaient infructueuses. Il n'était pas douteux, ainsi que l'affirme M. Legrand du Saulle, que la malade simulait.

Il en était tout autrement pendant ses crises d'aphasie. La malade *faisait alors de violents efforts pour parler*, et de temps en temps

elle parvenait à articuler un mot ou deux. Elle avait de la paraphasie. Mais, lorsqu'elle disait un mot pour un autre, par sa mimique qui était parfaitement conservée, elle indiquait alors très bien qu'elle avait conscience de son erreur.

Cette dernière observation de M. Legrand du Saulle présente une particularité intéressante : l'aphasie de L. M... alterne souvent avec du mutisme... la bouche reste hermétiquement fermée, aucun effort pour parler, aucun son n'est émis et l'attitude du malade est vraiment caractéristique, bien distincte de ses périodes d'aphasie où le malade fait efforts et parvient en fin de compte à prononcer un mot ou deux.

Voici maintenant la très ancienne observation de Bazin, publiée en 1871, dans la *Gazette des hôpitaux*, et qui constitue une forme nouvelle de l'aphasie hystérique ; mais, dans ce cas, notons un affaiblissement de l'intelligence, chose assez rare dans le domaine de l'aphasie hystérique.

Dans la thèse de David on trouve une nouvelle observation de cette modalité de l'aphasie compliquée d'agraphie. MM. Raymond et Janet, dans « Névroses et idées fixes », t. II, p. 152, présentent un cas semblable.

Observation IV

(Bazin. *Gazette des hôpitaux*. 1871)

Aphasie avec agraphie

Le 20 mars 1870, vers 8 heures du matin, la femme P..., demeurant à Sceaux (Loiret), âgée de 40 ans, enceinte de 7 mois, était occupée à coudre devant son feu, quand tout à coup elle s'aperçut que son aiguille n'obéissait plus à sa volonté. Elle éprouvait en même temps comme un étourdissement qui, suivant son expression, la rendait drôle. Elle se leva, ordonna à sa fille d'aller chercher du monde, puis elle *perdit complètement l'usage de la parole.* Elle voyait, entendait, comprenait ce qui se faisait et se disait autour d'elle, mais elle *tentait vainement d'exprimer verbalement sa pensée.* Elle faisait des signes pour répondre aux questions des voisins appelés par sa fille. Elle ressentait en même temps de l'oppression dans la région épigastrique, des bâillements et des éructations.

Elle demeura absolument sans parler pendant environ une heure ; survint alors un tremblement général, avec sensation de froid, analogue aux frissons qu'éprouvent, avant les vomissements, les personnes atteintes d'indigestion, et, chose singulière, aussitôt la parole revint.

Je trouvais la femme P... dans cet état.

Pendant que je l'interrogeais, le frisson s'arrêta court, et aussitôt, d'une manière aussi nettement tranchée que possible, la parole redevint beaucoup plus embarrassée.

La malade se mit au lit, le frisson reparut encore, et avec lui une plus grande facilité de parole.

Je ne constatai pas de paralysie. Le pouls n'était pas fébrile.

Diagnostiquer l'aphasie était facile, mais à quelle cause l'attribuer ?

La femme P... étant grosse de 7 mois, il se pouvait que les trou-

bles nerveux constatés fussent dus à de l'albuminurie.

La malade habitant dans le voisinage des marais de Sceaux, j'étais fondé à craindre un accès de fièvre pernicieuse.

Il y avait eu, au début de l'attaque, *difficulté à tenir l'aiguille*, mais cette difficulté ne pouvait être attribuée à une paralysie consécutive à une hémorragie cérébrale, paralysie dont la fugacité avait été telle qu'il n'en restait pas trace une heure après.

S'agissait-il d'une congestion cérébrale très faible? Ce n'était pas vraisemblable.

N'avais-je affaire qu'à une aphasie purement nerveuse? Nous verrons plus loin l'importance de cette hypothèse.

Dans l'embarras du diagnostic causal, j'instituai un traitement polyformique; j'administrai un gramme de sulfate de quinine, associé à 1 gramme de scammonée; je fis sinapiser les extrémités et donnai une potion éthérée.

Le soir, la malade avait une selle et éprouvait quelques coliques dues à la scammonée. Le pouls était à 78-80. La parole était assez libre, mais s'embarrassait encore par moments. La femme P... disait qu'*elle ne pouvait trouver ses mots*.

Analyse d'urine: Albumine, néant; sucre, néant; urine acide, brune, avec abondant précipité d'urates colorés en rose par de l'hémaphéine. Phosphates et carbonates terreux.

21 mars. — La nuit a été assez bonne, la malade a dormi; elle s'est levée pour habiller ses enfants, a pris quelques aliments et s'est remise au lit. La parole est plus libre que la veille. Je remarque que les mots: « ah! oui! » reviennent au début de toutes les phrases. L'intelligence me parut un peu affaiblie; il y avait de l'apathie, de l'indifférence. Pouls: 85-90. Céphalalgie. La partie droite du front et la joue droite étaient douloureuses et très impressionnables au froid.

22 mars. — La malade a dormi toute la nuit. Elle a éprouvé de temps en temps des alternatives de gène et de plus grande liberté dans la parole. La peau est fraîche, le pouls à 70-75.

24 mars. — Je trouve la malade occupée à son ménage. Elle se plaint d'engourdissement dans les deux bras. Elle a de la tendance à l'étourdissement quand elle demeure longtemps assise.

Voulant me rendre compte de ses facultés intellectuelles, je la fis écrire; elle a une *certaine difficulté à tenir le crayon*. Sur mon indi-

cation, elle essaie de tracer son nom (Marie). Elle commence un *M*, qu'elle laisse inachevé. A force d'application, elle parvient à écrire *Mare*, oubliant l'*i* qui entre dans la seconde syllabe du mot.

Elle me dit qu'elle ne sait plus compter à haute voix. Je la prie d'écrire la série des 9 chiffres. Elle forme un 1, puis 2, et, croyant s'être trompée, fait un 6 sur le 2 ; elle recommence et écrit : 1, 3, 3, s'efforçant de faire un 2 et traçant deux fois 3. A une seconde tentative, elle écrit : 2, 5 ; puis 1, 2... Enfin j'obtiens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ; elle ajoute à cette série un autre 7 qu'elle surcharge ensuite d'un 6, puis fait un 8 et s'arrête, sans pouvoir aller plus loin.

Cette attention soutenue lui cause dans la vue une fatigue passagère.

Devant moi elle dit à sa fille : « Va donner à *manger* à la vache », quand elle sait très bien que c'est *à boire* qu'elle veut et ne peut dire, et elle me répète à ce propos qu'*elle parlerait bien si elle savait*.

Elle ne peut plus lire mentalement ni à haute voix. J'ouvre un livre d'enfant intitulé : *Trois mois sous la neige* ; elle commence la lecture du titre par *sous la neige*. Elle prend un livre d'Evangiles et commence la page que je lui indique, par ces mots : *En ce temps-là*... qui justement ne s'y trouvent pas. D'ailleurs ces essais de lecture la fatiguent et elle ne peut s'y appliquer longtemps.

L'état de cette femme resta quelque temps stationnaire. L'accouchement, qui eut lieu le 17 mai, n'amena aucun changement, ni en bien ni en mal. Il m'a été impossible de savoir si les facultés intellectuelles étaient revenues progressivement ou subitement à leur état d'intégrité.

Le 5 septembre 1871, j'allai visiter cette malade, que j'avais, du reste, eu l'occasion de rencontrer plusieurs fois et qui, depuis longtemps, se disait guérie.

Elle me raconta que, lorsqu'elle est très fatiguée, elle éprouve encore un peu de difficulté à s'exprimer. Je remarque que les mots : « *Ah ! oui !* » qui jadis revenaient si souvent, ne se présentent plus aujourd'hui qu'à propos, dans le cours de la conversation. Elle se rappelle que pendant la guerre (septembre 1870), voulant écrire à son fils, soldat, elle avait encore beaucoup de peine à représenter sa pensée à l'aide de l'écriture. Au mois de mars et avril de cette année, elle a encore ressenti dans les bras un engourdissement coïncidant avec une plus grande gêne dans l'expression verbale de sa pensée.

Aujourd'hui elle ne se plaint plus de cette fatigue temporaire de la vue que nous avons signalée. Elle n'a pas de céphalalgie, est aussi forte qu'avant et ne s'aperçoit pas qu'un côté soit plus faible que que l'autre. Je la fis lire, écrire et compter ; elle s'acquitta très bien, sans hésitation, de ce triple exercice, pour lequel je suivis le même ordre que lors de mon premier examen.

Observation V

(Janet)

Surdité verbale hystérique

Jeune fille âgée de 20 ans. Comme antécédents héréditaires, son grand-père est mort aphasique.

Antécédents personnels. — A 7 ans a eu la rougeole et la scarlatine. Vers la même époque est survenue la fièvre typhoïde, après laquelle survinrent les troubles nerveux. Ils consistèrent en une disposition irrésistible de la malade à s'endormir au milieu de la journée, de 1 à 4 heures de l'après-midi. Ce sommeil était très profond et rien ne pouvait la réveiller, même les piqûres qu'on lui faisait au bras. Quand le sommeil n'était pas profond par moments, l'enfant restait néanmoins dans un état de torpeur, ne comprenant pas, ne répondant pas.

A l'âge de 8 ans, étant dans un couvent italien, elle a été menacée par les sœurs et l'aumônier d'être jetée au cachot d'abord, puis dans l'enfer si elle continuait à s'adonner au sommeil. Elle luttait au moment du sommeil, mais rien n'y fit.

A l'âge de 9 ans, le syndrome de surdité verbale était constitué d'emblée et avec les mêmes caractères qu'à l'heure actuelle.

La malade *ne comprend rien, elle entend les bruits*, mais *la perception du sens des mots lui manque*. Et pourtant l'ouïe est bien

conservée, l'oreille droite entend le tic-tac d'une montre à 60 centimètres, l'oreille gauche à 40 centimètres.

L'appareil auditif, exploré minutieusement et à maintes reprises, ne présentait rien d'anormal. L'acuité auditive est complètement conservée. Et pourtant la malade *reste indifférente* quand vous lui adressez la parole ; elle entend bien votre voix et peut même, à la lumière, d'après les mouvements de vos lèvres, comprendre votre phrase, mais la plupart du temps elle vous répond : « Je ne comprends rien, je ne peux pas comprendre. » Si vous exprimez votre pensée par écrit, elle vous répond immédiatement, soit verbalement, soit par écrit. Elle copie bien, mais n'écrit pas sous la dictée, ne comprenant pas votre pensée dite ; elle lit bien, avec un léger accent, étant élevée en Italie.

Il n'y a ni aphémie, ni cécité verbale, ni agraphie.

État psychique. — La malade est sujette aux accès de somnambulisme, survenant brusquement, accompagnés d'amnésie. Le caractère est très changeant, elle est très exagérée dans ses manifestations ; tantôt gaie, tantôt triste, elle a des accès de colère violente. Les émotions déterminent chez elle souvent des angoisses, des suffocations, avec sensation de boule hystérique. Sous l'influence du froid ou d'une émotion, elle a des troubles viscéraux : ballonnement du ventre avec diarrhée ou contracture avec constipation. Le tact, le sens musculaire, le goût, l'odorat sont intacts. La moindre nécessité d'attention est extrêmement pénible et provoque des vertiges.

Cette malade a été soumise à un traitement par la rééducation de la parole et est sortie de l'hôpital considérablement améliorée.

Observation VI

(Antony, *Soc. Méd. Hôp.* Paris. 26 février 1901

Cécité verbale

Histoire de la maladie. — M. P... est âgé de 45 ans; capitaine d'artillerie coloniale, il compte autant de campagnes que d'années de service. Très robuste, il put être chargé, durant le cours de sa carrière, des plus pénibles fonctions, et notamment de la direction des convois de ravitaillement d'un poste à un autre, sans éprouver d'autres ennuis que de petits accès d'impaludisme et de dysenterie dont il se remit aisément.

En Cochinchine, au début de sa carrière, il contracte le tétanos à la suite d'une plaie à l'annulaire droit et il dut subir l'amputation de deux phalanges.

Ses parents étaient très robustes. Son père, mort à l'âge de 57 ans, des suites d'une urémie, n'était ni alcoolique, ni nerveux. La mère vit encore et, bien que très obèse, jouit d'une bonne santé. Lui-même, dans son enfance, n'a présenté qu'une affection douloureuse au cou, ayant nécessité le port d'un appareil contentif.

Il était faible de son naturel, très sociable et peu irritable ; cependant, à la suite de fortes émotions, il eut parfois des crises de pleurs suivies de vomissements.

Dans le cours de l'année 1901, il éprouve de grosses déceptions dans sa carrière et en est très affecté, mais il dissimule soigneusement à tout son entourage la peine qu'il en ressentit.

Il était sous l'impression de cette déconvenue, lorsque le 25 décembre 1901, au moment où il pénétrait dans une tourelle blindée du vaisseau l'*Indomptable*, il fut violemment frappé à la tête par la chute d'un panneau du poids de 30 kilogrammes environ. Il eut la

sensation d'être télescopé, éprouva un éblouissement et tomba sur son séant, du haut d'un escalier de deux ou trois marches.

Il se remit assez promptement et retourna chez lui sans faire mention de cet accident. Les jours suivants, il se plaignit de souffrir de maux de tête, de nausées et de photophobie à la lumière vive, et il présenta un léger torticolis, une certaine faiblesse générale et accusa une sensation de froid très marquée aux extrémités.

Il parut aussi irritable ; un rien le préoccupait outre mesure. Dans le courant du mois de février 1902, ces malaises s'accrurent, le travail devint pénible, difficile ; M. P... fut sujet à des éblouissements, à la somnolence ; son visage était congestionné, sa nuque douloureuse, et par moments se manifestaient de petits accès de fièvre.

Sur ces entrefaites, il dut, le 20 février, assister de très près à des tirs d'essai d'une grosse pièce à feu ; au moment de la détonation, il ressentit une forte secousse et éprouva la sensation que quelque chose venait d'éclater dans sa tête.

De retour à son domicile il fut pris d'un accès de fièvre et,le lendemain, de délire. Pendant huit jours, le malade reste plongé dans un état semi-comateux; il avait de l'embarras de la parole,la déglutition était difficile, le visage était douloureusement contracté du côté gauche et la nuque du même côté était le siege d'élancements très pénibles.

Dans son délire, la malade parlait constamment du coup reçu sur l'*Indomptable* ; c'est alors qu'on fit une enquête qui établit la réalité de cet accident jusqu'alors ignoré des siens.

Huit jours plus tard, la connaissance reparut, à la suite d'un traitement actif (sangsues, glace sur la tête, calomel) : la mémoire revint en partie, mais les élancements douloureux de la nuque ne se calmèrent qu'au vingtieme jour du traitement.

La guérison resta incomplète, certains symptômes graves persistant encore, tels que délire professionnel et de persécution, vertiges,nausées, photophobie, diplopie, bourdonnements d'oreilles, douleurs dans le côté gauche de la nuque, engourdissements de la tête et de la mâchoire inférieure, élancements dans les talons.

On le crut même en proie à une méningo-encéphalite spécifique, mais le traitement institué fut reconnu inefficace.

Vers le mois de mai 1902, le délire se dissipa, la mémoire reparut sauf celle des chiffres, la diplopie fut moins prononcée : l'amélio-

ration était imparfaite, car de temps à autre les malaises antérieurs se manifestaient à nouveau, bien qu'avec moins d'intensité.

Une deuxième rechute se produisit le 23 juillet suivant, à la suite d'un heurt violent de la tête contre une lourde suspension de lampe; le malade se rejeta brusquement en arrière et il en résulta de fortes douleurs à la nuque. Le lendemain, les douleurs s'accentuèrent, le délire reparut sans idées de persécution. Toutefois, M. P... voulut partir pour accomplir une mission; il s'échappa de la maison et on eut mille peines à l'y ramener. Il mit un mois à se rétablir, mais de temps à autre les malaises intérieurs se reproduisaient. On note ainsi quatre rechutes de novembre 1902 à juillet 1903, les 4 et 21 novembre 1902, le 30 janvier 1903. De mars à juillet, il y eut retour presque complet à l'état normal, jusqu'à la mémoire des chiffres qui revint.

Du 17 juillet au 27 août, sixième crise, durant laquelle on constata des idées de fugue, une *certaine fixité du regard*, et surtout des périodes de mutisme complet.

A cette occasion, le malade fut vu pour la deuxième fois par un professeur de Montpellier, qui diagnostiqua une méningite chronique produite par un trauma du méso-céphale et qui conseilla de faire voir le malade à un chirurgien.

La mémoire et la parole parurent revenir de temps à autre, du mois d'août au 20 octobre dernier, mais, depuis cette dernière date, le malade resta aphasique.

Au mois de novembre, après un séjour de quelques semaines à l'hôpital militaire de Marseille, M. P... fut conduit à Paris et soumis à l'examen de nos collègues : l'un deux, n'ayant constaté l'existence d'aucun signe objectif d'affection organique du système nerveux, posa le diagnostic de confusion mentale avec stupeur, arthrite vertébrale de la colonne cervicale.

Le 13 novembre dernier, la famille fit admettre le malade dans notre service au Val-de-Grâce.

Aspect du malade. — Lorsqu'il nous fut présenté, M. P... avait l'aspect d'un homme robuste, replet, lourd, et ayant l'attitude d'un mélancolique avec stupeur.

Il progressait lentement, à petits pas traînants, la tête fortement fléchie, projetée en avant et immobilisée dans cet état, les yeux

regardant au-dessous. Il se mouvait tout d'une pièce, obéissant, fidèle, aux indications données par la personne qui le conduisait.

Il semblait être indifférent à tout ce qui l'entourait et ne voir que sa fidèle compagne ; cependant, lorsqu'une personne étrangère entrait dans la chambre, un coup d'œil rapide indiquait qu'il s'en rendait compte.

Aux questions posées par un assistant, mais surtout par sa femme, il ne répondait que par un *ou ou* toujours uniforme. Il se prêtait volontiers aux examens des médecins, parce qu'il conservait, d'après le dire de Mme P..., un certain sentiment de sa triste situation et qu'il avait le vif désir d'être soulagé.

Abandonné à lui-même, *il prenait le livre à images* qu'on mettait à sa disposition et le feuilletait d'un bout à l'autre *sans y rien comprendre*, car il continuait son opération pendant un certain temps lorsqu'on retournait le livre à contre-sens. Après quelques instants, il finissait par s'apercevoir que les images étaient renversées, il le retournait alors. Il avait la manie de prendre tous les menus objets, tous les bouts de papier qui étaient à sa portée et de les cacher dans ses poches ou sous son traversin : il ne permettait qu'à sa femme de les reprendre.

Il prenait ses repas volontiers avec appétit, et les terminait en fumant un cigare. Une fois levé il s'efforçait de quitter la chambre et d'aller fureter dans les chambres voisines ou d'aller se promener dans les couloirs ou le jardin de l'hôpital.

Très doux habituellement, il pouvait devenir violent et se porter à des voies de faits lorsqu'on voulait lui prendre un objet ou lorsqu'il voyait un infirmier devenir familier ou insolent à son égard. Il témoignait, en effet, d'une grande susceptibilité, soit qu'habitué à la discipline militaire il exigeât un grand respect de la part du personnel subalterne, soit qu'il conservât une certaine tendance au délire de persécution. Un jour même, à son réveil, croyant qu'on lui avait servi du café empoisonné, il refusa de le prendre, et, lorsque le médecin fit mine d'en boire pour lui inspirer confiance, il se précipita sur lui, chercha à lui arracher la tasse des mains pour éviter un malheur, comme il s'efforça de l'expliquer dans la suite.

Une autre fois il mit à la porte de sa chambre un infirmier qui, à son impression, avait cherché à lui jouer un tour. Après cet acte d'énergie, dès qu'il nous vit, il essaya de nous rendre compte des

différentes péripéties de l'accident. Sa torpeur habituelle avait fait place à une vive animation, et il usa d'une mimique des plus expressives pour se faire comprendre de nous. Le lendemain, il parut plus affaissé, mais il se remit promptement.

Nous étions convaincus désormais qu'il ne s'agissait point chez ce malade de confusion mentale, ni de démence, mais d'une sorte de rétréeissement du champ de l'activité mentale, augmentant ou diminuant par périodes, sous l'influence de causes organiques ou fonctionnelles dont nous allons essayer de définir la nature.

Chez M. P..., l'attitude générale, la fixité et l'abaissement de la tête nous semblent motivés par l'existence d'une violente douleur sur la partie latérale gauche de la nuque, à la hauteur des apophyses transverses des troisième et quatrième vertèbres cervicales ; cette douleur est continue, le moindre mouvement la rend très intense et oblige le malade à grimacer et à placer vivement la main sur ce côté de la nuque pour maintenir l'immobilisation. L'ouverture forte de la bouche suffit à provoquer ces souffrances ; aussi il évite autant qu'il peut de desserrer les dents. La contraction des muscles de la nuque est continue. Elle s'étend à tout le côté gauche du corps ; la langue y participe, elle est comme collée sur le plancher buccal et le malade ne peut que légèrement la soulever en dos d'âne. Il est incapable de la sortir de la bouche.

Cette contracture est trop peu accentuée pour s'opposer au mouvement communiqué et même au mouvement symétrique et associé spontané. Les réflexes sont conservés d'un cô'é comme de l'autre ; il y a ni trépida'ion épileptoïde, ni réflexe de Babinski. Par contre, nous constatons que tout le côté du corps, face comprise, est le siège d'une hémianesthésie complète, et qui serait absolue si la compression forte et profonde de la nuque au point indiqué ne provoquait une sensation douloureuse.

Les sensibilités musculaire et articulaire sont prononcées à un tel point qu'on peut, à l'insu du malade, soulever son membre supérieur gauche en position horizontale sans qu'il retombe. Ce phénomène cataleptique persiste plusieurs minutes. Le malade continue à se servir de la main droite, à marcher sans rien remarquer, jusqu'au moment, où voulant effectuer un mouvement comme celui de sortir de la chambre, il heurte son bras levé qui fait obstacle. Son attention étant éveillée, il regarde alors d'où vient l'obstacle et sans

s'émouvoir, abaisse son bras qui redevient souple sur-le-champ.

Les organes des sens sont le siège d'une anesthésie presque complète ; le malade ne semble pas entendre le tic-tac d'une montre, et il faut approcher un objet jusqu'à 1 centimètre de la pupille pour qu'il l'aperçoive. Une substance sapide n'est pas sentie à gauche par les muqueuses linguale et buccale. Du côté opposé, il y a une diminution de l'acuité sensorielle et une diminution du champ visuel, mais beaucoup moins marquée. La ponction lombaire n'a donné issue qu'à une trop faible quantité de sérosité liquide pour qu'il fût possible d'en faire l'examen cytologique.

Le 2 décembre, après radiographie des vertèbres cervicales, on place un appareil plâtré sans qu'il y ait fracture ou luxation bien certaines.

Le malade fut calmé, les douleurs s'atténuent, les progrès sont incessants et les efforts accomplis pour la rééducation obtiennent du succès. Le malade redevient sociable, souriant, prévenant, il a des accès de gaieté. L'intelligence se réveille, la mémoire reparaît.

Au milieu de janvier, le malade comprend tout et se fait comprendre à son tour par une mimique expressive. Il commence à se servir du crayon. Il retrouve la mémoire des cartes et devient un joueur redoutable. Mais l'aphasie, l'agraphie sont encore absolues en février; on lui donne des leçons chaque jour ; l'élève est docile et il commence à prononcer quelques lettres. A cette même période la sensibilité revient du côté gauche anesthésié ; le malade entend la montre. La diplopie diminue, le champ visuel est moins rétréci.

11 février. — Depuis le 10 février, le malade apprend chaque jour 3 lettres de l'alphabet et peut les réciter l'une à la suite de l'autre, à condition qu'on prononce devant lui la première. Il a appris aussi à les reconnaître sur un journal et à les souligner.

24 février. — Le malade peut réciter toutes les lettres de l'alphabet, mais il ne peut encore reconnaître celles qu'on lui indique au hasard. La prononciation laisse encore à désirer ; elle s'améliore cependant de jour en jour.

11 mars. — M. Antony présente de nouveau son malade : « Ainsi que je l'avais prévu, dit-il, ce malade a recouvré la parole le 8 mars dernier ; l'agraphie et la cécité littéraire ont disparu le lendemain.

Vous pouvez constater actuellement que la prononciation est encore gênée. Cette difficulté est due à la persistance de la contracture de la langue.

15 octobre 1904. — Le malade avait quitté le Val-de-Grâce, complètement guéri.

Plus tard, à la suite d'une chute, le malade perdit de nouveau l'usage de la parole, qu'il recouvra sous le coup d'une forte émotion.

Notons dans cette observation, en plus de *l'aphasie avec agraphie* et de *la cécité verbale*, l'influence marquée du traumatisme sur l'apparition des phénomènes hystériques. C'est une chute sur la tête qui fait reparaître après guérison complète les troubles de la parole. C'est une émotion violente et un traumatisme léger de l'ouïe, qui tout au début de la maladie déterminent les accidents notés dans le cours de l'observation.

MM. Raviart et Dubar ont reproduit dans l'*Echo méd. du Nord*, en 1907, l'histoire d'un malade hystérique qui a présenté toute une longue liste de troubles de la parole, de troubles de la motilité, de la sensibilité, de troubles trophiques, et qui semble réunir à lui seul toute la pathologie du système nerveux.

Observation VII

(G. Raviart et Dubar, *Echo médical du Nord*, 14 avril 1907)

Aphasie motrice

Les premiers jours, D... présentait du mutisme, cessant la nuit pendant le rêve, puis de l'aphonie, et dès qu'il s'est remis à parler, le 8 avril, on n'a pu constater chez lui qu'une aphasie motrice légère, ne portant que sur quelques mots.

12 avril. — D... parle plus facilement qu'hier. Il ne cherche plus

ses mots, les mots usuels tout au moins, mais quand il doit employer un mot peu usité il éprouve quelque embarras ; c'est ainsi qu'il a cherché cinq minutes le mot *civilité.* Il nous fait spontanément remarquer qu'il dit plus facilement son prénom que celui de son fils.

Certains mots cependant lui font encore défaut ; nous lui montrons la cornette d'une religieuse, une seringue de Pravaz, il a bien une image auditive de ces deux mots et il peut en compter les syllabes, il cherche à avoir sur le mur une représentation visuelle de ces mots, il n'y parvient pas et, finalement, il doit y renoncer.

Quand nous lui faisons voir les aiguilles d'une montre, il cherche 40" après le mot « aiguilles » dont il a cependant la représentation auditive.

13 avril.— Le lendemain même difficulté ; nous lui montrons l'aiguille et lui demandons de nommer l'objet.

Il ne peut le faire. Nous lui demandons s'il sait ce que c'est ; il répond affirmativement.

D. Combien le mot a-t-il de syllabes ?

R. Deux.

Il dit très bien entendre le mot comme si on le lui disait, mais il n'en a pas la représentation visuelle. Enfin, il trouve, dit brusquement : *aiguille.*

Nous lui faisons épeler le mot, il le fait assez facilement, puis, sur notre demande, il en compte les syllabes.

R. Trois.

D. Comment se fait-il que vous nous disiez tout à l'heure qu'il n'y en avait que deux.

R. C'est que je n'en entendais que deux.

15 avril. — Il entend siffler la Marseillaise ; après quelques minutes, il en reconnaît l'air, mais ne retrouve pas le nom, il en a cependant l'image auditive et peut nous en donner le nombre de de syllabes. Il finit enfin par pouvoir prononcer le mot Marseillaise.

3 mai. — On siffle l'air du roi Dagobert, il le reconnaît, peut le répéter mentalement, mais de même qu'il ne peut répéter l'air, il ne peut nous dire le titre de la chanson : « J'ai le nom dans la tête, nous dit-il .... c'est un air connu, un air simple .... je ne le vois pas écrit ... Pour la Marseillaise également il reconnaît l'air, dit que c'est une chanson patriotique, mais ne peut dire le mot, bien qu'il en ait l'image auditive sitôt qu'il la cherche ; il en a ensuite une

image visuelle que nous l'invitons à lire, et il l'épelle lentement, s'arrêtant quelques secondes entre chaque lettre qu'il prononce d'une façon explosive ; ensuite viennent les deux premières syllabes, puis le mot tout entier.

7 mai. — Il ne trouve pas avec une égale facilité tous les mots ; c'est ainsi que, pour certains de ses outils de charpentier, il les voit devant les yeux, sait à quoi ils servent, doit réfléchir un moment pour entendre leur nom, mais il ne peut parvenir à le prononcer, ni en retrouver non plus l'image visuelle. Il nous indique le nombre de syllabes des mots, rien de plus.

8 mai. — Les noms propres sont parmi ceux qui lui donnent le plus de mal. Nous lui disons notre nom et lui demandons de le répéter, il ne peut le faire qu'en en lisant mentalement l'image visuelle. Nous essayons de le lui faire dire sans le secours de cette image, il l'estropie : Raviac ; nous l'invitons à se servir de l'image visuelle, il se corrige alors.

11 mai. — Nous lui redemandons de dire notre nom, il se déclare incapable de le faire, toutefois il en a aussitôt une image auditive et peut nous donner le nombre de syllabes qui le composent, puis l'image visuelle lui apparaît, il en compte les lettres, nous le lui faisons alors prononcer en l'invitant à lire cette image.

18 mai. — Il met encore 20 minutes pour prononcer notre nom, il utilise toujours le procédé précédent.

7 juin.— D..., en nous voyant, entend notre nom, puis le voit, mais il ne peut le dire qu'après quelques secondes.

27 juin. — Il parle maintenant couramment.

17 juillet. — Le malade est encore obligé de chercher le nom de ses outils.

20 août. — Les mots reviennent peu à peu. D... évoque l'image d'un outil, cherche son nom et ne le retrouve pas toujours le même jour.

Amusie. — Surdité musicale

Le 12 avril, D... nous déclare spontanément : « *je savais des chansons plein des sacs : je ne m'en rappelle pas du tout.* » De fait, il ne peut arriver à chanter « Au clair de la lune », n'en peut fredonner

l'air, ne le reconnaît pas. Il ne peut le répéter après l'avoir entendu.

Même incapacité pour la Marseillaise, etc.

13 avril. — Amusie absolue. D... ne reconnaît rien, ne peut siffler ni chanter, ni fredonner, et il s'en affecte. « Je vois que la voix revient, mais c'est le reste qui m'ennuie ! »

15 avril. — L'amusie est un peu moins absolue : lorsqu'on siffle la Marseillaise, le malade en reconnaît l'air après quelques minutes, mais il est incapable de le répéter.

20 avril. — Lorsqu'on siffle *Au clair de la lune*, le malade dit qu'il entend bien siffler, mais qu'il ne sait pas du tout ce que cela signifie.

Siffle-t-on la Marseillaise, il dit tout de suite qu'il l'a entendue l'autre jour, et au bout de quelques secondes il retrouve le nom. « C'est la Marseillaise ; ce que j'ai entendu plusieurs fois, maintenant je m'en souviens. »

3 mai. — Il ne se souvient d'aucune chanson et s'en plaint, mais il reconnaît l'air du *Roi Dagobert* qu'il ne peut répéter. Cependant il déclare pouvoir le répéter mentalement. Il reconnaît aussi la Marseillaise, il peut « penser l'air tout entier dans sa tête », mais non le répéter.

7 mai. — L'amusie est plus marquée que les jours précédents. On siffle la Marseillaise près de lui : « il me semble, dit-il, avoir déjà entendu ça quelque part, mais je ne pourrais pas dire ce que c'est. »

17 juillet. — Il siffle maintenant, arrive même, péniblement du reste, à siffler la gamme; il reconnaît les airs qu'il entend, mais il ne peut les répéter.

15 août. — Après un très grand nombre d'exercices chaque jour répétés, l'amusie a presque disparu, le malade reconnaît immédiatement les airs les plus variés et il peut les siffler ; mais, en raison de l'amusie encore existante, il ne se souvient qu'imparfaitement de ses chansons.

Surdité verbale

13 avril. — Tandis que nous lui parlons, D... regarde nos lèvres, afin, dit-il, de mieux comprendre. Nous lisons le journal à haute voix ; des mots qu'il comprenait très bien auparavant ne lui sem-

blent, selon son expression, qu'un *bourdonnement*. Ex : *Dispersion*, *harangue*, *équivoque*.

Ces mots n'éveillent aucune image, puis, après explications, toutes les images correspondantes réapparaissent.

Lors de l'exercice de la parole répétée, la difficulté de compréhension rapide des mots se traduit par un retard. Il doit, dit-il, réfléchir un court instant avant de répéter chaque mot pour trouver sa signification. Et cet exercice le fatigue rapidement.

3 mai. — D... se plaint de ne pas toujours comprendre ce qu'on lui dit, surtout lorsqu'on lui parle un peu vite, il répond quelquefois *non* quand il faudrait dire *oui*.

7 mai. — « Quand les malades parlent à plusieurs dans le fumoir il faut que je *regarde leur bouche* et que *je tende l'oreille pour comprendre* la moitié de qu'ils disent. Quand *je ne regarde pas* leur bouche *je ne comprends presque plus rien* : c'est pour ça que je regarde quelquefois avec un air si hébété. Quand j'écoute une conversation, j'entends comme un bourdonnement dans mon oreille gauche, je ne saisis un mot que de temps en temps, et s'ils disent une bêtise je ris de les voir rire et je n'ai pas compris.

» L'autre jour on me disait un mot fort simple et je le répétais n'arrivant pas à comprendre ce qu'il voulait dire. Quelqu'un au fumoir me parlait de *céder* et je ne me suis souvenu de la signification de ce mot que lorsque j'ai entendu parler de *vendre*. »

8 mai. — Nous lui parlons de *prestige*, il répète le mot, ne le comprend pas ; il se met alors à faire des mouvements de son bras gauche « Je l'écris, dit-il, pour tâcher de m'en rappeler la signification », et il emploie par deux fois le même procédé (notons ici que, consécutivement à sa monoplégie brachiale droite, D... avait dû apprendre à écrire de la main gauche). Comme nous lui demandons alors d'écrire le mot de la main droite, il ne peut plus le prononcer, mais en ayant conservé l'image visuelle il la déchiffre et retrouve le mot de la signification duquel il ne parvient pas à se souvenir. Nous la lui indiquons et il est alors facile de constater qu'il l'avait oubliée ; ouvrier assez intelligent il nous montra qu'il savait ce qu'était le prestige.

18 mai. — D... déclare qu'il comprend mieux ce qu'on lui dit, mais il doit encore faire répéter des mots, il ne les comprend pas tous.

27 juin. — Il comprend maintenant couramment.

Cécité littérale. — Cécité verbale

9 avril. — Nous écrivons lisiblement :

Vous ne savez plus écrire ? Il met plus d'une minute à lire cette question : *Ecris ton nom.* Après une minute et demie d'efforts, il lit : *Crire crire... tu... tu mon.* Nous lui montrons imprimés les mots équilibre, surveillance. Il met une minute pour épeler en scandant chacun de ces mots. Nous lui montrons le chiffre 2, il le dit aussitôt ; puis le chiffre 14, 1, 4, puis après une demi-minute de réflexion 14. Il n'est arrivé à ce résultat qu'en comptant jusqu'à 14 sur ses doigts. Il lit facilement l'heure.

11 avril. — La lecture est toujours difficile, le mot manuscrit *maison* est lu en 10" ; la lettre *l* est toujours pour lui un obstacle très difficilement surmonté. Comme on siffle ensuite *Au clair de la lune*, il demande si ce n'est pas le même air que celui qu'on vient de siffler ; il croit que si. Même réflexion à propos d'un troisième.

18 mai. — L'amusie est toujours très marquée.

7 juin. — L'amusie diminue ; si l'on siffle un air : *Au clair de la lune*, par exemple, au bout de quelques secondes il a eu le souvenir visuel du titre, l'a lu mentalement et au bout d'environ 20 secondes nous l'a dit. Il essaie alors de siffler, mais il ne réussit à émettre que des sons à peu près semblables les uns aux autres. Même chose pour la Marseillaise ; il la reconnaît, peut avoir une image auditive de l'air entier, mais ne peut arriver à en répéter les notes. Il parvient péniblement cependant à répéter, en sifflant, les premières notes de la gamme.

27 juin. — L'amusie est un peu moindre et il reconnaît de suite les airs que l'on siffle ; toutefois, il est encore incapable de siffler et de chanter, et il met 30" pour la trouver dans le mot manuscrit *civil*. La lecture de cette phrase imprimée : *Un ami nous fait cette intéressante communication*, demande une minute et demie.

Il met 65" pour déchiffrer le mot *ancien* dans un journal. Il met près d'une minute pour lire la lettre *l*, lit très vite *a*, moins vite *s* (10"), *é* (20"). Il met 45" à chercher dans un journal la lettre *a*.

Le nombre manuscrit 3450 est lu en 10", le nombre imprimé 4913 est lu en 30". Il doit pour y parvenir lire d'abord chiffre par chiffre.

12 avril. — Il se plaint de lire moins bien qu'hier, il reconnaît les lettres, les épelle et ne peut arriver à lire le mot. Il a mis dix minutes ce matin pour lire le mot imprimé *citoyenne*. Il prend le mot imprimé *congrès*, épelle les lettres, au bout de trois minutes déchiffre la première syllabe, puis, une minute après, le mot entier.

13 avril. — La difficulté est toujours très grande. La phrase manuscrite : *Vous pouvez fumer une cigarette*, nécessite 65" d'efforts, il a lu lettre par lettre, puis a cherché les syllabes. Il a compris le sens de la phrase. Pour lire la phrase imprimée : *La session ordinaire des conseils généraux*, il met 70".

Il lui faut 45 secondes pour lire le mot imprimé *oiseaux*; ce temps se décompose de la façon suivante : *o* (4") *i* (4") *s* (7") *e* (5") *a* (5") *u* (10") *x* (10").

7 mai. — La lecture est toujours des plus pénibles, nous cherchons à voir si le malade lit plus rapidement son nom que d'autres, et pour cela nous le plaçons en trois endroits d'une liste que nous lui faisons lire. Or, tandis qu'il ne met que 10", 10", puis 6" enfin pour lire son nom, il met de 30 à 45" pour déchiffrer les autres.

17 juillet. — Le malade s'est beaucoup exercé, aussi est-il fier des progrès qu'il a faits. Il devait au début lire lettre par lettre, puis syllabe par syllabe; depuis 8 jours il lit à peu près couramment.

Agraphie

9 avril. — C'est en vain que nous demandons au malade d'écrire son nom. Il y renonce. « Je ne sais pas comment commencer, ça ne revient pas, il n'y a pas d'avance, dans trois ou quatre jours je ne dis pas, je tremble trop. Notons cependant que le tremblement lent à oscillations très petites qu'il présente est insuffisant pour empêcher d'écrire. D... finit par écrire quelques chiffres sous notre dictée, après beaucoup d'efforts.

11 avril. — Depuis avant-hier, D... a fait de nombreux efforts pour pouvoir parvenir à écrire ; nous lui demandons alors d'écrire quelque chose : très lentement, avec des arrêts, il écrit son nom et *Armentières*. Après *Armentiè* il s'arrête quelques secondes pour réfléchir. « Je ne savais plus comment finir, pourtant je l'ai fait ce matin cinquante fois ! » Il écrit ensuite spontanément : *Recevez, je*

vous prie, mes sincères salutations. Il a mis sept minutes pour écrire cette courte phrase, avec des arrêts fréquents, après *sa* il s'arrête plusieurs secondes, il savait bien, nous dit-il, qu'il devait écrire la lettre, mais il ne se souvenait plus de sa forme. Il écrit sous notre dictée :

Nous sommes aujourd'hui lundi. Chaque lettre était épelée, il a mis 8 minutes pour le faire ; l'*l* de lundi lui a demandé beaucoup de recherches, on vient de voir que même difficulté se présenta pour l'*l* de salutations ; au reste, en relisant ce mot il n'en reconnaissait pas l'*l*, et ce n'est qu'en épelant le mot qu'il la retrouva.

Nous le prions ensuite de recopier la phrase que nous venons de lui dicter, il le fait en une minute 1/2. La copie de la phrase imprimée : *Un ami nous fait cette très intéressante communication*, est effectuée en 8 minutes, le malade a surtout beaucoup de peine à retrouver la manière d'écrire la lettre *f*.

12 avril. — D... met plus d'une minute pour écrire le mot *civilité*, il ne savait plus comment faire un *c*.

13 avril. — Il met 40 minutes pour écrire le mot dispersion, il l'épelle cependant très bien, et la difficulté consiste simplement pour lui à retrouver les mouvements nécessaires pour former les lettres. 70 minutes lui sont nécessaires pour écrire sous dictée, de la main gauche, — à l'aide de laquelle il avait l'habitude d'écrire, — ces quatre mots : *je sais bien écrire.*

7 mai. — Le malade écrit un peu plus facilement, cependant il met 20 secondes encore pour écrire son nom, et une minute pour écrire le nom d'une autre personne, *Dubar* par exemple ; il doit s'arrêter après le *b*, il ne savait plus former l'*a* et l'*r* qu'il voyait pourtant devant lui. « Pour mon nom, dit-il, je l'ai écrit tout de suite ; pour écrire Dubar, j'ai cherché à le voir inscrit quelque part pour trouver la première lettre, je l'ai vu devant les yeux, j'ai écrit *Du*, puis j'ai dû fixer pour voir le *b* et regarder les dernières lettres. Pour son nom au contraire il nous fait remarquer « qu'il l'a écrit tout de suite », c'est-à-dire sans chercher à avoir une représentation visuelle du mot.

17 juillet. — Les progrès sont lents, il met encore une minute et demie pour écrire spontanément : *Je voudrais être content un jour*, il est encore obligé de fixer devant lui afin d'avoir la représentation visuelle des mots.

20 septembre. — D... écrit presque couramment à présent.

Le malade a présenté encore dans le cours de cette longue période, outre tous les accidents dont nous venons de parler, de l'amnésie très marquée rétro-antérograde, de la cécité psychique, de la céphalée, des troubles de la sensibilité, etc.

MM. Raviart et Dubar après cette énumération complexe, ajoutent : « Le nombre et la variété des phénomènes observés nous ont engagés à publier cette observation qui montre bien que l'hystérie peut réaliser les troubles les plus divers de la fonction du langage. »

Nous n'avons relaté ici que ce qui intéressait le sujet que nous avions à traiter.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'APHASIE HYSTÉRIQUE

Nous avons étudié dans le chapitre précédent l'aphasie hystérique et les formes multiples qui la constituent ; il importe dès maintenant de distinguer l'aphasie hystérique des autres troubles de la parole qui présentent un tableau clinique différent, soit qu'elle possède une pathogénie de même nature, soit qu'elle possède une pathogénie différente.

La *surdi-mutité* d'origine hystérique ou congénitale ne saurait prêter à confusion : l'histoire du malade, l'aspect clinique, le type de l'affection suffisent à les différencier.

L'*aphonie*, c'est-à-dire le trouble qui consiste seulement dans l'impossibilité de parler à haute voix et qui laisse le malade articuler parfaitement mais à voix basse tous les mots, toutes les phrases, ne peut être prise pour l'aphasie. Le plus souvent elle est due à un spasme des muscles phonateurs ou mieux constricteurs de la glotte, c'est-à-dire des crico-aryténoïdiens latéraux et l'ary-aryténoï-

dien (1), rarement elle porte sur ceux de la respiration. Cette contracture musculaire est presque toujours bilatérale, très rarement unilatérale ; l'examen laryngoscopique permet de voir l'écartement des cordes vocales et leur impossibilité de se rapprocher sous l'influence des efforts de phonation.

Les aphasiques au contraire peuvent la plupart du temps prononcer un ou deux monosyllabes, quelquefois un ou deux mots, et cela avec la plus grande netteté au point de vue de l'intensité du son.

Lewy, dans sa thèse de 1900, a bien décrit l'*alalie idiopathique* de Coën survenant uniquement chez les enfants de 3 à 12 ans, disparaissant presque toujours bien avant l'âge adulte ; aussi n'y a-t-il pas lieu de l'envisager dans le diagnostic différentiel de l'aphasie hystérique.

Tous ces troubles de la parole, bien différents au point de vue clinique, ne constituent pas les seules causes d'erreur.

Il en existe encore et particulièrement le *mutisme hystérique* inconnu dans l'histoire médicale avant 1885 et bien décrit à cette date par Charcot. Raymond et Janet le distinguèrent plus tard de l'aphasie et tracèrent deux tableaux cliniques différents.

En 1904, M. Saupiquet, dans une thèse fort documentée d'ailleurs, soutenue à Lyon, conclut ainsi :

« Pourquoi refuserions-nous au mutisme, qui se rapproche tellement de l'aphasie hystérique, droit de cité dans le cadre nosologique de cette dernière affection pour le seul fait que les malades qui en sont atteints ne prononcent aucun son articulé ? »

---

(1) Smith. — Fonctional aphonia of six and half years duration (*Med. Press and Circul.*, 1873).

Erreur grave, car si le mutisme était un degré de l'aphasie, la confusion du mutisme presque toujours d'origine hystérique avec l'aphasie organique serait possible et les conséquences de ce diagnostic faux pourraient être fâcheuses.

« Un aphasique, disent MM. Raymond et Janet, a presque toujours conservé quelques mots qu'il peut prononcer, et d'autre part il présente presque toujours des troubles de l'audition des mots, dans la lecture, dans l'écriture. Vous ne trouverez rien de semblable ici : dans le mutisme au contraire la malade n'essaie pas de prononcer, comme les aphoniques, un son quelconque, de remuer les lèvres d'une façon quelconque. Elle paraît avoir complètement oublié l'usage de la bouche et des lèvres dans la parole. C'est d'ailleurs surtout cette attitude qui distingue le mutisme de l'aphasie proprement dite. D'autre part la malade ne présente absolument aucun autre trouble du langage en dehors de celui-là. Elle entend tout admirablement, elle lit correctement et fait tous les mouvements qu'on demande par la parole ou qu'on lui indique par écrit. Elle écrit très bien, soit qu'elle écrive spontanément pour exprimer ses pensées, soit qu'elle écrive sous la dictée ou en copiant un texte imprimé ou écrit. Elle est *même très disposée à écrire*, et, comme l'avait remarqué Charcot à propos de sa malade, elle se précipite sur un papier et un crayon pour répondre par écrit aux questions *sans essayer de parler*. »

Sans doute cette dernière raison, comme le dit justement M. Saupiquet, ne saurait exister lorsqu'il s'agit de mutisme compliqué d'agraphie ; n'empêche qu'il existe des cas de mutisme non compliqué d'agraphie, et ce sont les plus fréquents.

« Il ne reste, ajoute-t-il, entre le mutisme et l'aphasie

qu'une seule différence, c'est que dans le cas de mutisme le malade est incapable d'articuler un mot, tandis que dans les cas d'aphasie il peut prononcer quelques sons articulés, quelques mots souvent fabriqués par lui-même ; l'un prononcera *ah ! oui* ... l'autre *rêver rêver* ...

» Cette unique différence est-elle assez considérable pour nous permettre d'établir une distinction nette et absolue entre ces deux ordres de faits ? »

Non assurément, et M. Saupiquet le dit bien, mais l'exemple choisi existerait-il parmi tant d'autres? Constituerait-il à lui seul le type parfait du mutisme hystérique ?

Si nous en jugeons par les quelques observations qui vont suivre, le mutisme hystérique de M. Saupiquet ne serait qu'un hybride, un état intermédiaire entre l'aphasie et le mutisme hystérique tel qu'il se présente cliniquement; car ce qui caractérise le mutisme hystérique, ce n'est pas seulement l'absence de toute complication telles que la surdité verbale ou la cécité verbale, l'impossibilité de prononcer non seulement un mot, mais d'émettre un son, c'est encore et surtout le défaut de tout effort, de toute volonté, comme on le verra dans les faits suivants :

Observation VIII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Bousquet, chef de clinique de M. le professeur Carrieu)

Mutisme hystérique

Mlle X.., 17 ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé. Un frère en bonne santé.

Antécédents personnels. — A 12 ans fluxion de poitrine. Jamais de crises nerveuses, n'est pas particulièrement sensible ou impressionnable. Réglée à 14 ans, les règles sont d'ordinaire douloureuses. Je vois la malade pour la première fois, le 29 novembre 1905.

Maladie actuelle. — Depuis trois jours, céphalalgie surtout frontale, insomnie, affaissement, un peu de courbature, une épistaxis il y a deux jours. La malade a perdu l'appétit, est constipée, mais elle ne souffre pas du ventre. A l'examen, la langue est saburrale, mais rouge à la pointe, le ventre un peu douloureux à la pression des deux fosses iliaques. Le foie et la rate sont de dimensions normales, le cœur ni l'appareil respiratoire ne présentent de modifications pathologiques. La température est à 39°5, le pouls à 116, régulier, bien frappé.

Il s'agit probablement d'une fièvre typhoïde au début. Je conseille:

1° Régime liquide ;

2° Purgation le lendemain ;

3° 2 cachets de pyramidon et bromhydrate de quinine pour calmer le mal de tête.

30 novembre.— Taches rosées abdominales, les règles sont venues aujourd'hui très en avance, la céphalalgie est moindre, mais la température atteint ce soir 40°4. Epistaxis abondante.

Traitement : 4 bains à 30° refroidis à 28°. Potion tonique.

5 décembre. — La température évolue avec des oscillations moyennes entre 39 et 40°. Aujourd'hui la céphalalgie a repris avec une nouvelle intensité, les conjonctives sont très injectées, les muscles de la face et surtout les lèvres présentent des tremblements fibrillaires ; le délire apparaît, l'agitation n'est calmée que par les bains, depuis deux jours la malade vomit et est très constipée, les réflexes tendineux sont exagérées.

Traitement : Glace sur la tête.

10 décembre.— Le délire persiste, violent, la malade s'agite, refuse de boire, jette les objets qui tombent sous sa main, essaie de se lever, elle prononce des mots sans suite. Cependant avec beaucoup de patience on parvient à fixer son attention et à obtenir d'elle des réponses raisonnables. En outre elle présente aujourd'hui une diminution de la sensibilité à la douleur, qui paraît surtout marquée du côté gauche du corps. La température qui en 4 jours était tombée progressivement de 40°5 à 37°6 est remontée à 39°. Le premier bruit du cœur est mou : huile camphrée, caféine.

19 décembre. — Le délire et l'incohérence persistent, mais l'agitation est moindre : les divers modes de sensibilité ont presque complètement disparu dans toute la partie gauche du corps, la conjonctive est aussi sensible, constipation.

21 décembre. — Beaucoup mieux. La malade est maintenant tout à fait raisonnable. L'alimentation est reprise le 31 décembre et la malade se leve le 4 janvier 1906. Son état physique est tel qu'il était avant la maladie.

12 janvier 1906. — L'état de la malade avait été satisfaisant, les forces et l'embonpoint revenaient, mais depuis hier elle présente de temps en temps un peu de délire de paroles et d'incohérence. Cependant elle a par intervalles des idées lucides.

18 janvier. — Le délire a fait des progrès, la malade s'agite, jette les objets qui lui tombent sous la main, cherche à mordre les personnes qui approchent, elle a des hallucinations auditives et visuelles. Hyposthésie dans la moitié gauche du corps. La pression des régions ovariennes provoque l'apparition de la boule hystérique mais est sans influence sur l'agitation.

Traitement : Bromidia ; chaque jour, trois bains de 2 heures à 35°.

12 février. — Le délire et l'agitation ont peu à peu disparu, mais la malade se sent très faible. Depuis ce matin, sans raison appa-

rente, *elle ne parle plus*, on ne peut par aucun moyen lui *arracher une parole,* elle ne cherche pas davantage à se faire comprendre par signes : *elle ne s'inquiète d'exprimer aucune idée, ni aucun désir.*

13 février. — Ce matin, elle s'est fâchée sans raison et a retrouvé à cette occasion l'usage de la parole. Elle se plaint de la tête, et dit que, quand elle s'agite et s'inquiète, elle sent une boule lui monter à la gorge et l'étouffer ; la pression ovarienne provoque aussi cette même sensation ; mais il n'y a aujourd'hui aucun autre trouble de la sensibilité.

10 mars. — L'état général est excellent au point de vue physique ; mais la malade présente de la débilité mentale ; elle parle peu, son regard est égaré ; elle n'a aucune mémoire ni aucune volonté ; elle reste des journées entières sur son fauteuil sans manifester aucun désir.

20 avril. — Depuis quelques jours la malade *ne dit plus une parole.* Elle comprend cependant fort bien ce qu'on lui dit, mais son visage demeure peu expressif, aucun trouble physique.

28 avril. — La malade parle un peu, mais rarement et seulement lorsque l'on insiste beaucoup ; son intelligence semble maintenant à peu près normale.

18 mai. — Cet état demeurant stationnaire, la malade voit M. le professeur Grasset qui conclut : « Hystérie postéberthienne avec psychisme absorbé et sans spontanéité, persistance du psychisme automatique réduit ; parle sur stimulation pressante, actuelle et pas trop prolongée ; amnésie, aprosexie », et conseille l'isolement.

5 juin. — Depuis hier la malade parle et se conduit tout à fait normalement. Elle se rappelle à peu près toutes les différentes phases de sa maladie ; il y a cependant quelques lacunes dans sa mémoire ; elle se souvient mal des crises d'agitation qu'elle a eues en février. Elle dit que, si elle ne parlait pas dans ces derniers temps, c'est simplement parce qu'elle n'en avait aucune envie, « rien ne lui disait de parler. »

Octobre 1907. — Aucune manifestation anormale.

M. le docteur Bousquet, qui a eu l'amabilité de nous communiquer cette intéressante observation, a bien voulu l'accompagner des quelques lignes suivantes :

« En résumé, cette malade me paraît avoir présenté, au

cours d'une fièvre typhoïde, des manifestations hystériques qui eurent pour point de départ et vinrent aggraver des accidents congestifs encéphaliques (maux de tête, rougeur des conjonctives...). La névrose semble bien être apparue pour la première fois pendant la typhoïde, car, au dire de l'entourage, la jeune fille n'avait jusque-là jamais montré de symptômes de névrose. A cette hystérie intra-infectieuse succède le mutisme, qui semble avoir disparu, grâce à l'impression que produisirent sur l'esprit de la jeune fille les sérieux préparatifs que l'on fit pour l'éloigner dans une maison de santé. »

Dans l'observation citée au chapitre II, avec quelques abréviations cependant, le malade D... de MM. Raviart et Dubar a présenté du mutisme parmi toute la série de troubles de la parole.

Nous lisons en effet :

5 avril. — D... est muet, il est incapable de pousser le moindre cri, d'émettre le moindre son, de chuchoter.

8 avril. — Il est toujours muet, cependant la nuit dernière il a parlé à trois reprises, tandis qu'il rêvait.

12 avril. — Parle un peu plus haut, mais incapable de crier.

13 avril. — Ne sait pas encore crier : montrant le creux sus-sternal : *On dirait qu'il y a un bouchon là*, dit-il.

Ajoutons à cela que si nous introduisons dans le cadre de l'aphasie hystérique le mutisme hystérique, cette aphasie changerait d'aspect ; dans l'aphasie organique, l'aphasie motrice pure était relativement rare ; il n'en serait pas de même dans l'aphasie hystérique et les cas d'aphasie motrice pure seraient ici de beaucoup plus nombreux que les cas d'aphasie avec agraphie, cécité et surdité verbale ; la similitude des deux aphasies organiques et hystériques ne seraient plus aussi parfaite.

D'ailleurs, M. Saupiquet a bien compris qu'il existait entre l'aphasie et le mutisme hystérique une différence clinique, puisque, après avoir confondu dans une même dénomination l'aphasie et le mutisme, il sent la nécessité d'admettre des *mutismes dépressifs*; et il cite à l'appui de sa thèse un cas très intéressant, typique, de mutisme hystérique.

Observation IX

(Saupiquet. — Thèse de Lyon, 1904)

X..., organiste, entre pour la première fois à l'Hôtel-Dieu, le 15 mai 1901.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Est né avant terme, a été chétif, n'a fait aucune maladie. Il y a quelques mois, il éprouva une grosse secousse morale, depuis il était neurasthénique. Depuis quinze jours, après un nouveau chagrin, il devint encore plus triste et mélancolique et cessa complètement de parler.

A son entrée, le malade a la tête basse, les yeux dirigés vers la terre : lorsqu'on l'interroge, il ne répond rien, *ne prononce aucun son*, *ne fait même pas un signe, un effort*, pour répondre. Et cependant il comprend ce qu'on lui dit, car il fait ce qu'on lui ordonne, quoique d'un geste ennuyé et d'une figure maussade. A part cela, il lit, a continué à donner des leçons de piano et de musique jusqu'à son entrée à l'hôpital. La faculté musicale est même celle qui a persisté le plus chez lui. Le malade n'écrit pas, mais il n'a pas pour cela de l'agraphie : il n'est pas dans un état qui ne lui permette plus d'écrire, mais il *n'essaie même pas d'écrire*, il *ne veut même pas prendre la plume* pour tâcher de tracer un caractère.

Le malade reste *dans une prostration absolue :* sombre et taciturne, il refuse même de manger.

Examen du système nerveux. — Hyperesthésie complète. Réflexes à peu près normaux : pharyngien un peu diminué, testiculaire un peu exagéré.

Pas d'hémianesthésie. Pas d'hémiplégie.

Le 17 mai, on essaie par des moyens suggestifs de lui rendre la parole ; on fait chauffer devant lui un énorme cautère, en lui persuadant que son application va le guérir à l'instant. On lui applique deux pointes de feu sans résultat ; mais, à la troisième, le malade pousse un cri, et, dès ce moment, prononce quelques mots : « Ça va mieux », dit-il. A partir de ce moment il a recommencé à manger, il n'avait rien pris depuis 48 heures. Interrogé le lendemain, le malade dit « qu'il n'avait pas la possibilité de vouloir parler », pas plus que celle de lire ou de s'alimenter. Cette aboulie, arrivée à son degré extrême, s'était développée progressivement depuis quelques semaines. Le malade quitte le service en bon état psychique.

Deuxième séjour du malade à l'hôpital. — Il rentre le 3 mai 1904. Le malade est dans le même état que la première fois qu'il est venu à l'hôpital. Même air triste et sombre, même mutisme obstiné, refus ou impossibilité de parler, d'écrire, de communiquer d'une façon quelconque avec son entourage.

Même refus de marcher et de manger ; le malade reste parfois 48 heures sans rien prendre absolument.

En plus, il présente quelquefois des accès de fureur, d'ailleurs assez courts, mais qui nécessitent qu'on l'attache dans son lit ; il crie, se débat, va jusqu'à mordre les courroies qui le retiennent.

Il reste un mois environ dans cet état, avec alternatives de mélancolie et de fureur. A la fin, la menace réitérée et énergique de l'envoyer à l'asile de Bron a raison de cet état ; il reprend l'usage de la parole et revient graduellement à l'état normal.

Il quitte l'hôpital en bonne santé, le 20 juin 1904.

Un diagnostic important doit encore nous arrêter, et nous étudierons successivement les caractères qui distinguent l'aphasie hystérique des aphasies organiques ou toxiques.

Les quelques observations mentionnées au chapitre précédent sont probantes, en ce sens qu'elles nous mon-

trent le degré de perfection avec lequel l'aphasie hystérique copie trait pour trait l'aphasie organique. Toutefois quelques détails diffèrent, et nous pouvons ranger sous quatre chefs les éléments qui nous permettent de ne pas confondre les deux affections.

1° Le *début* de l'aphasie hystérique coïncide souvent avec :

a) Une vive émotion, une contrariété, une frayeur ;

b) Ou bien un traumatisme ;

c) Ou bien c'est une attaque d'hystérie typique qui précède le syndrome aphasique.

Dans l'aphasie organique rien de tel, le début peut être brusque, mais sans cause apparente, ou bien souvent après un ictus et perte de connaissance plus ou moins longue, d'où le malade sortira avec troubles plus ou moins graves de la parole.

2° L'aphasie hystérique peut s'accompagner, et cela se voit assez souvent, d'*hémiplégie* et d'*hémianesthésie* droites comme on l'observe dans l'aphasie organique. Mais les hémiplégies et les hémianesthésies hystériques et organiques ont des caractères bien différents et bien tranchés qui ne permettent pas la confusion et qu'il est inutile de mentionner ici.

3° Le plus souvent l'aphasie *ne sera pas la seule manifestation* de la névrose, tout un cortège de stigmates de l'hystérie accompagneront et signeront l'affection. Au contraire, s'il s'agit de l'aphasie organique, une lésion cardiaque, une sclérose artérielle, les stigmates d'une syphilis ancienne permettront d'en trouver la cause.

4° L'*évolution* est toute différente dans l'un et dans l'autre cas ; la suggestion, une violente émotion, l'hypnotisme, rendront à la parole son intégrité première, et cette guérison surviendra d'une façon *plus ou moins brusque*.

Dans l'aphasie organique la durée est longue, le retour de la parole ne pourra se faire que très lentement et progressivement, quelquefois même l'aphasie sera définitive ; les influences qui pourront la modifier seront en tous les cas tout autres que dans l'aphasie hystérique, les procédés suggestifs ne pourront avoir aucune action, et nous n'obtiendrons un effet que des médicaments cardio-vasculaires ou antisyphilitiques, ou encore de la rééducation.

Ajoutons que *la ponction lombaire* et l'examen cytologique du liquide rachidien pourront donner quelquefois de précieux renseignements.

Mais il existe encore d'autres variétés d'aphasies passagères, transitoires, dont les causes tout autres que l'hystérie agissent par un mécanisme lié le plus souvent à la congestion et quelquefois à l'anémie. Ce sont des aphasies organiques, des aphasies fugaces dont l'aspect clinique diffère par conséquent des aphasies organiques auxquelles nous avons déjà songé.

Nous pouvons ranger ces variétés d'aphasies sous deux types principaux, et l'étude de leurs causes, les caractères particuliers qu'elles peuvent présenter dans leur évolution, le résultat d'un traitement approprié, suffiront à les distinguer de l'aphasie hystérique.

A. — En premier lieu : *les aphasies par infection.*

B. — En second lieu : *les aphasies par intoxication* ou *auto-intoxication.*

1° Les fièvres éruptives (variole, rougeole, scarlatine), les maladies infectieuses, comme la dothiénentérie, la pneumonie, etc.., ont été souvent signalées comme pouvant donner lieu à de l'aphasie transitoire.

Vaillant et Vincent ont retrouvé le bacille d'Eberth dans

la pulpe cérébrale. Mais cet examen bactériologique ne saurait être toujours pratiqué, et, quand bien même il le serait, les résultats ne seraient pas toujours concluants.

Aussi l'âge du malade, l'absence de tout stigmate hystérique, les antécédents récents, fourniront une indication précieuse et permettront souvent de faire le diagnostic.

Parmi les maladies infectieuses, il en est une surtout, capable de produire des troubles passagers du langage, à un point tel que Mauriac en 1876 la considérait comme la seule, l'unique cause des aphasies transitoires, c'est la syphilis.

Une hyperphasie syphilitique des méninges, avec compression cérébrale et congestion passagère et intermittente siégeant au niveau de la zone du langage, une artérite syphilitique des artérioles célébrales avec persistance de la lumière du vaisseau, mais avec spasme entraînant une ischémie passagère, constituent des causes d'aphasie de courte durée.

En présence d'aphasies fugaces, songeons toujours à la spécificité, fouillons le passé du malade, recherchons les stigmates syphilitiques, et, si nous doutons encore, instituons un traitement spécifique par injection intramusculaire de biiodure d'hydrargyre, toujours excellent quel que soit le résultat.

2° Enfin, comme dernières aphasies susceptibles d'être prises pour l'aphasie hystérique, nous devons signaler *les aphasies par intoxication proprement dite* (alcool, plomb, tabac), *les aphasies par auto-intoxications* (urémie, grossesses répétées, diathèses arthritiques) agissant sur les fibres lisses des petits vaisseaux ou modifiant la nutrition des centres nerveux, mais agissant surtout comme puissants facteurs d'artério-sclérose.

Avant de provoquer l'artérite et cette altération géné-

ralisée du système vasculaire, les causes d'irritation, comme le dit Huchard, déterminent un spasme des artérioles intermittent au début, puis continu, dont le résultat est l'hypertension artérielle. Les spasmes vasculaires, interrompant momentanément la circulation dans cet organe, entraîneront ce que M. le professeur Grasset, dans ses leçons cliniques de 1890 sur le vertige des artério-scléreux, appelle « la claudication intermittente de l'organe. »

Si le phénomène porte sur le cerveau, et si le spasme se produit sur une des branches de la sylvienne gauche irrigant une partie de la zone du langage, nous aurons la claudication intermittente du cerveau dont un des signes principaux sera l'aphasie transitoire.

Le mode de début ne pourra guère nous renseigner sur l'étiologie de ces aphasies ; l'hémiplégie, l'hémianesthésie manqueront souvent et ne pourront par suite nous aider au diagnostic ; la durée pourra en être brève, le retour à l'intégrité pourra se faire assez brusquement pour nous faire croire à une aphasie hystérique. Il n'y aura plus dans ces cas qu'un élément susceptible de nous aider dans notre diagnostic, ce sera l'élément étiologique ; au lieu des stigmates de l'hystérie, au lieu de l'artério-sclérose, de la syphilis, nous trouverons les antécédents d'un aphasique par infection ou auto-intoxication, des accidents du brightisme, des crises d'éclampsie ou tout au moins de l'albuminurie. Et même cette seule notion étiologique qui nous suffirait dans la plupart des cas peut encore nous faire défaut, lorsque par exemple nous verrons une aphasie toxique survenir chez un malade hystérique ; et ce n'est pas une supposition gratuite. M. Saupiquet cite en effet dans sa thèse le cas d'une malade atteinte d'aphasie, et qui présentait à la fois tous les signes de l'insuffisance

antitoxique et des antécédents hystériques. Comme le fait justement remarquer M. Saupiquet à ce sujet, il est plus vraisemblable d'attribuer l'effet à la cause la plus immédiate.

L'épilepsie et toutes les manifestations nerveuses du mal caduc peuvent s'accompagner d'aphasies véritables, symptomatiques, bien que sans lésion anatomique appréciable ; elles sont le plus souvent transitoires et en rapport avec l'attaque convulsive, qu'elles suivent généralement. Les phénomènes de l'attaque permettent de reconnaître facilement la cause de ces aphasies, sauf dans le cas de formes larvées ou frustes ; cependant les antécédents personnels du malade, son histoire nerveuse dénuée de toute symptomatologie hystérique, l'influence même d'un traitement approprié, permettront de songer à ces aphasies épileptiques en dehors de toute manifestation de la névrose.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE DE L'APHASIE HYSTÉRIQUE

Lorsqu'on possède un substratum anatomo-pathologique, une hémorragie, un ramollissement, etc., l'explication de l'aphasie est facile. Mais comment expliquer une aphasie intermittente de nature hystérique ? Le problème consiste dans l'étiologie et la pathogénie de l'hystérie elle-même, de ce véritable protée qui se présente sous autant de couleurs que le caméléon. Comment expliquer cette névrose complexe qui ne répond à aucune lésion certaine et qui peut se manifester par la séméiologie du système nerveux tout entier? Avec le professeur Grasset, nous envisagerons quelques causes universellement considérées comme prédisposantes :

a) *Sexe*. — Une théorie ancienne attribuait à la femme le monopole de l'hystérie, mais au fur et à mesure qu'on connaît mieux la « grande simulatrice », on la trouve moins rare chez l'homme (1).

---

(1) Dans un travail fait sous l'inspiration de Charcot, Batault a pu en réunir 218 cas.

L'hystérie masculine est aujourd'hui fréquente, cependant les cas les plus nombreux se rencontrent chez la femme dans une proportion de 1/20.

b) *Age.* — Elle peut s'observer chez les petits garçons et les petites filles, mais plus de la moitié des faits relevés, par Briquet notamment, avaient pris naissance de 10 à 20 ans.

c) *Hérédité.*— On trouve fréquemment des antécédents névropathiques chez les parents et Briquet pense qu'une fille, née d'une mère hystérique, a une chance sur trois de le devenir.

d) *Le mode d'éducation* a une influence incontestable, soit en rendant le système nerveux trop impressionnable, soit en multipliant les occasions d'émotions vives ; les passions, les affections morales contribuent au développement de l'hystérie.

e) Notons encore l'action pathogénique véritable des *maladies longues :* anémie, tuberculose, etc.., songeons à l'*onanisme*, habitude funeste, souvent constatée chez quelques femmes et bon nombre d'hommes hystériques.

d) *Les traumatismes*, qui non seulement éveillent et rappellent la névrose, mais peuvent influencer la localisation et la forme des phénomènes névrosiques.

Quant à la cause déterminante des manifestations de l'hystérie, les opinions varient et le champ des hypothèses est ouvert.

Trousseau pense qu'il s'agit de petites hémorragies se guérissant très rapidement et donnant lieu aux manifestations passagères de l'hystérie.

MM. Raymond et Janet admettent que cette affection est due à un trouble cérébral, à un engourdissement d'une nature particulière qui affaiblit et dissocie le langage. Se lançant davantage dans l'hypothèse, Ball en France,

Löwenfeld en Allemagne, Popoff en Russie, se trouvent d'accord pour admettre que l'aphasie hystérique est due à un trouble de la circulation cérébrale avec contraction et, par conséquent, ischémie spasmodique des vaisseaux du centre de la parole, tandis que Serre, de Montpellier, invoquait au contraire une congestion subite et passagère, affectant le côté gauche de l'encéphale.

Charcot, puis MM. Raymond et Janet, pensent que ces théories s'appuient sur des faits certains et par des expériences différentes ils arrivent à cette conclusion que la presque totalité des accidents de la parole, soit du mutisme, soit de l'aphasie hystérique, soit autres, surviennent chez des malades atteints d'hystérie droite, c'est-à-dire chez lesquels le cerveau gauche est touché absolument comme cela se produit dans les lésions organiques.

M. Sollier a fait, sur cette question de la localisation des troubles hystériques, d'intéressants travaux prouvant qu'à chaque accident hystérique correspond une lésion corticale, qui n'est autre que le centre de la fonction intéressée, et cette lésion est d'autant plus facile à découvrir que la zone cutanée qui la recouvre est plus ou moins douloureuse à la pression, tandis que le tégument lui-même présente une anesthésie ou une analgésie plus ou moins marquée.

Ces faits sont encore peu connus et ne permettent pas une conclusion ferme ; les lésions de l'aphasie organique sont matérielles et les lésions de l'aphasie hystérique restent dynamiques.

CHAPITRE V

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE L'APHASIE HYSTÉRIQUE

Résumons en quelques mots les mesures prophylactiques susceptibles d'éviter toute manifestation hystérique et parmi celles-ci l'aphasie hystérique ; nous avons donné dans le précédent chapitre les causes prédisposantes de l'hystérie ; évitons dans la mesure du possible, par des précautions toutes spéciales, l'apparition de ces causes, et nous aurons fait un grand pas dans la prophylaxie de l'hystérie :

Si l'hérédité, qui joue un grand rôle dans l'apparition des phénomènes hystériques du malade, est constatée dans les antécédents, l'absence de toute émotion, de toutes les causes d'excitation, une éducation telle que le développement physique, l'emportant sur le développement précoce et intellectuel, et surtout affectif, seront d'excellentes mesures préventives.

En conséquence, s'impose une proscription rigoureuse de bals, soirées, histoires effrayantes, romans, romances, musique sentimentale ; affection et sensibilité trop gran-

des dans les rapports avec la famille, etc. Au contraire, la vie au grand air, l'exercice physique même violent, bains, vie rude en un mot, donneront d'excellents résultats.

La question du mariage est délicate, et Briquet semble établir par des faits que l'efficacité, l'action utile du mariage n'est pas prouvée.

Quant au traitement curatif, tout a été essayé ; l'ancienne conception, suivant laquelle l'aphasie hystérique est surtout due à une congestion cérébrale ou à une ischémie spasmodique des capillaires du cerveau, indiquait déjà par elle-même le mode de traitement.

Aussi Trousseau préconisait-t-il les révulsifs sur les membres inférieurs ou sur le tube digestif. Serre, de Montpellier, indiquait aussi la révulsion comme un excellent agent thérapeutique de l'hystérie.

Les stupéfiants, les antispasmodiques, sont une indication rationnelle, conforme à l'idée causale de l'hystérie ; encore faut-il tenir compte des susceptibilités personnelles, de l'ataxie thérapeutique, suivant l'expression du professeur Grasset, que certaines hystériques présentent à un si haut degré.

L'hydrothérapie, sédatif perturbateur, produit d'excellents effets et peut être considéré comme un des plus puissants moyens que nous possédons. Bains tièdes prolongés, glace pilée en ingestion, en application, lotions froides, douches, affusions, ont une action tonique générale, tonique spéciale pour le système nerveux, et contre la névrose elle-même.

L'électricité et l'effet psychique qu'elle produit chez le malade jouent aussi un grand rôle dans la production d'heureux résultats.

Si ces procédés restent inefficaces, on peut essayer les

applications métalliques qui ont donné à Burg de nombreux succès; rechercher le métal qui convient, s'inspirer en un mot des règles édictées par Vigouroux.

Enfin, s'adresser au traitement psychique qui comprend deux moyens principaux : l'isolement et l'hypnotisme. M. Charcot insiste sur le premier de ces moyens ; « Ne jamais laisser un hystérique, dit-il, là où il excite l'étonnement et l'admiration. »

L'hypnotisation a pour but de modifier, en utilisant la suggestibilité du malade, c'est-à-dire sa tendance à accepter sans contrôle les idées qu'on cherche à lui imposer, les conceptions dans lesquelles il se complaît et auxquelles il s'abandonne.

Quelques mots encore au sujet du traitement des aphasiques moteurs par la rééducation du langage qu'ont préconisé et employé avec succès, en France Roux et Thomas, en Allemagne Grützmann.

Sous cette influence la parole revient en grande partie.

Terminons en disant qu'on doit toujours compter sur la guérison, mais qu'on ne peut jamais dire avec certitude à quel moment ni sous quelle influence elle surviendra. Tantôt l'aphasie hystérique cèdera du premier coup à l'emploi des moyens les plus simples ; tantôt au contraire l'aphasie durera des mois, des années même, malgré les interventions thérapeutiques les plus rationnelles et se dissipera brusquement après l'administration de quelque remède de charlatan ou à la suite d'une émotion morale quelconque. Le médecin doit s'attendre à ces surprises, il est même bon qu'il annonce aux intéressés la possibilité d'une telle guérison.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AMADEI. — Mutisme hystérique guéri par suggestion (Gazz. degli Ospedali, 1887).

ANTONY. — Mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 26 février, 11 mars 1904.

ARON. — Aphasie hystérique (Th. Paris, 1900).

BABINSKI. — Définition de l'hystérie (Echo méd., Toulouse, 1902).

BALLET. — Aphasie provoquée (Progrès médical, 1880).

BALLET et SOLLIER. — Mutisme hystérique avec agraphie (Rev. méd., 1893).

BAZIN. — Aphasie hytérique (Gaz. des hôp., 1871).

BERNHEIM. — Thèse Paris, 1900-1901.

BIOLET. — Mutisme hystérique (Th. Paris, 1891).

BOCK. — Ueber hysterische Strummheit (Deutsch. med. Zeitung, 1886).

BOUDET. — Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1879.

BRAMWEL (B.). — Hysterical mutism in a boy aged fifteen ; complete speechlessness for a week ; recovery after one dose of asafœtida mixture (Clin. stud. Edinb., 1906-1907, V, 149).

— Hysterical aphonia ; rapid improvement under the milk-isolation plan of treatment (Clin. Stud. Edinb., 1904-1905, iii, 363).

CARTAZ. — Mutisme hystérique (Progrès méd., 1886).

CHARCOT. — Maladies du syst. nerv., t. III.

— Leçons du mardi, t. II.

COURMONT. — Aphasie et mutisme hystérique (Lyon médical, 1905), civ. 1333-1341.

DAVID. — Aphasie hyst. (Th. Paris, 1883-1884).

Déjerine. — Sémiologie du syst. nerv. (Path. gén. de Bouchard, t. V).

Dello-Strologo. — Mutisme hystérique, guérison par l'hypnotisme, Morgagni, 1887.

Demme. — Wien. med. Blaetter, 1884.

Dubois. — Correspondenz. Blatt für Schweizer Aerzte, 1887.

Dieulafoy. — Cécité hystérique (Journ. de médecine et chir. prat. Paris, 1905, XXVI, p. 7227-730).

Ernoul. — Mutisme hystérique (Th. Paris, 1896-1897).

Falret. — Art. Aphasie du Diction. Encyclop. de Dechambre, t. V.

Féré. — Pathologie des émotions.

Février. — Hémiplégie et mutismes hystériques (Bull. méd. 1896).

Fischer. — Deutsch. med. Wochensch., 1877.

Frattini. — Mutisme isterico provocato e garito da emozioni morali (Gazz. degli Ospedali, 1888).

Gallois. — Théorie neuronique de l'hystérie (Bull. méd., 1900).

Gerhardt — Ueber hysterische Stimmbändlähmung (Deutsch. med. Wochensch., 1878).

Gestroff. — Un cas d'aphasie hystérique présenté à la Société de neurologie et de psychiâtrie de Kazan (Revue neurol. Paris, 1897).

Glorieux. — Mutisme hyst. chez un garçon de 10 ans. — Guérison (Policlin. Brux., 1904, t. XIII, p. 533).

Hajos. — Ueber den hysterischen Amnesien (Jahrb. f. Psych. Budapest, XV, 1896).

Hersman. — Clinical reports of some ofe the rarer forms of hysteria (J. Am. M. Ass. Chicago, 1905, XIV, 1497).

Johnston. — New-York med. Journ., 1885.

Heilbronner. — Sprachstörungen bei funktionellen Psychosen mit Ausschluss der aphasischen Störungen (Centralbl. f. Nervenh. u. Psychiat. Berl. u. Leipz., 1906, XXIX, 465-488).

Kerr (Le G.). — Report of a case of hysterical aphasia and paralysia (Brooklyn med. J., 1905, XIX, 155).

Krishaber. — Mutisme nerveux (Gaz. hebd. méd. et chir., 1866).

Lépine. — Mutisme hystérique avec agraphie (Rev. méd., 1891).

Liebmann (Albert). — Vorlesungen über Sprachstörungen 6 Hft. Kinder die schwer Lesen, schreiben und rechnen lernen (Berl., 1906. O. Coblentz, 132. p. 8°).

Liouville et Debove. — Progrès méd., 1876.
Löwenfeld. — Zur Kasuistik der transitœrischen Aphasien (Aertzlich, Intelligenzbl., 1883).
— Pathol. und Therap. der Neurast. und Hyst. (Wiesbaden, 1894).
Luc. — Névropathies laryngées.
Ingegnieros (J.). — Notas sobre el mecanismo fisiopatologico de las afasia musicales histericas (Semana med. Buenos-Aires, 1904, XI, 1283-1291).
Marcel et Marinesco. — Archives roumaines de méd. et de chir. (Extrait, Paris, F. Alcan, 1887).
Mendel. — Berlin. klin. Wochensch., 1887.
Musmeci. — Su un caso di mutismo isterico (Gazz. degli Ospedali, 1888).
Moscato (P.). — Un caso di mutismo isterico guarito colla suggestione ipnotica (Rassegna internaz. d. med. mod. Catania, 1903-4, V, 181).
Makuen (G.-H). — Hysterical mutism (Internat. Clin., Phila., 1907, 17, S. 1, 189-200).
Mitchell (J-K.). — Report of a case of hysterica mutism (J. Nerv. et Ment. Dis. N. Y., 1907, XXXIV, 252-259).
Natier. — Rev. de laryngologie, 1888.
Nissim. — Les troubles de la parole dans les névroses (Gaz. hôp., 1895).
Oltuszewski (W.). — Die psychische Entartung und deren Verhaltrin zu verchiedenen kategorien von Sprachtörungen (Therap. Monatsh. Berl., 1905, XIX, 352-414).
Page. — Mutisme hystérique (Journal méd. Bordeaux, 1887).
Pavy. — Mutisme guéri par intimidation (Med. Times, 1866).
Philippeau. — Gaz. méd. de Lyon, 1856.
Pitres. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme.
Przedborski. — Paralysie laryngée hyst. avec aphonie et mutisme (Gazetta Lekarska, 1886).
Puteman. — Americ. Journ. of Neurol., 1884.
Raviart (G.) et Dubar (L.).— Mutisme, aphonie , amnésie, aphasie, aphasie motrice, amusie, surdité musicale, surdité verbale, cécité verbale, cécité psychique, agraphie, chez un hystérique récemment guéri d'une monoplégie brachiale droite.

remontant à huit ans. (Echo méd. du Nord. Lille 1907, XI, 169-180).

RAYMOND. — Soc. de neurol., 6 juillet 1884.

— Cliniques des maladies du système nerv., t. V.

RAYMOND et JANET. — Névroses et idées fixes, t. II.

— Notes sur l'hystérie droite et l'hyst. gauche (Rev. neurol., 1892).

REVILLOD. — Mémoire sur le mutisme hystérique (Rev. méd. de la Suisse romande, 1883).

RIFAUX. — Aphonie hystérique (Th. Lyon, 1898-1899).

ROSAPELLI. — Travaux du laboratoire de Marey, 1876.

SERRE. — Gaz. hebd. des sc. médicales, 1880.

SOLLIER. — De la localisation cérébrale des troubles hystériques (Rev. neurol., 1900).

STINTZING (R.).— Hysterischen mutismus in Verbindung mit hysterischen Asthma nach Unfall.

STRASSMANN. — Ein fall von hystericher Aphasie bei einem Knabe (Deutsch. med. Wochensch., 1890).

TARTIÈRE.— Mutisme hystérique (Gaz. hebd. méd. et chir., 1889).

TIXIER. — Quelques considérations sur un cas d'aphasie hystérique consécutif à un traumatisme important de la région rolandique gauche (Arch. gén. de méd. Paris, 1905, ii, 3028-3034).

TROUSSEAU.— Cliniques, t. II.

VOGT. — Sur la genèse et la nature de l'hystérie (XIII[e] Congrès, section Psychiâtrie).

VALENTIN. — Deux cas d'aphasie hystérique (Bull. et Mém. Soc. méd. chir. du Nord. Lille, 1906, ii, 100-102).

VUKADINOVIC. — Ein Fall son hysterischer. Aphasie (Wien. med. Presse, 1896).

WATSON. — Philosophic Transact., t. XIV.

— Arch. of med., 1883.

WELLS. — Med. Communicat , 1790.

WIEDERMEISTER. — Allg. Zeitschr. f. Psych., 1871.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 12 décembre 1907.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ:
Montpellier, le 11 décembre 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
